

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/1219/2012**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **13/12/19**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **JAHEDA BSBF**

AGE-YEARS आयु-वर्ष : **79**
SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : **ALAME BOKXS SK**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास पता : **SAHEBPARA, DOGACHHAT, NADIA 741152, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **सही आवास पता**

- AS ABOVE -



OCCUPATION / व्यवसाय : **HOME MAKER**

MAJORED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **RS 1900 x 12 = 22800/-**

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर घड़ी का निशान लगाएं)

Yes / NO
हां / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	JAHEDA BEBE	79	F	SELF
2.	BULLAL KAHAMAM	55	M	SON
3.	JILLAR KAHAMAM	49	M	SON
4.	FEROZYS BEGUM	53	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनोद आधार

EPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु, किये गए विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवागार से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICL + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता का राशि

