

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1219/2021 APPLICATION DATE : 14/12/19

NAME of APPLICANT : SAGUQA BIBE AGE-YEARS : 65 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MANU SEKH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : BENEPARA, UNHARADPUR, BARDHAMAN
74130, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -



OCCUPATION : HOME MAKER MAJRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1500 x 12 = 18000/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

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.	SAGUQA BIBE	65	F	SELF
2.	TANUJA BIBE	30	F	DAUGHTER
3.	HAFIZA BIBE	37	F	DAUGHTER
4.	MUMTJZA BIBE	34	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (आय पत्र को साथ प्रेषित करना)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का प्रमाण पत्र (आय पत्र को साथ प्रेषित करना)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पत्र को साथ प्रेषित करना)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे नये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन पुरी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LA (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता विधि अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

