

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 11012013235
आवेदन संख्या :
APPLICATION DATE : 11/1/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RAMA SARKAR
आवेदक का नाम
AGE-YEARS जन्म-वर्ष : 50
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GUNIL BACHAR
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
MORUDANDI, NORTH 74, PARGANAS,
843292, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
AS ABOVE



OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय :
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 15000 x 12 = 180000/-
कुल वार्षिक आय :
(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न)

FAN No. :
आय कर का संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गंभीरता से चिह्न 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 से संबंध
1.	RAMA SARKAR	50	F	SELF
2.	RAKESH SARKAR	28	M	SON
3.	KRISHAL SARKAR	57	M	HUSBAND

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए कौन सा आधार

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर जो कर प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर आय पर (आय पर जो कर प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर जो कर प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त धूनी संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS+IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक लाख सहयोग राशी

