

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0120/3240 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 11/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : LALI BEGAM AGE-YEARS वर्ष-वर्ष : 58 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रग का नाम : ABDUL JABBAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : 21/1/23 GAIRO DAS STREET, RAJBARAM MOHAN SARANI, KOLKATA 700009, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय : HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS. 1600 x 12 = 19,200/- (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / स्वयं खाति संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / 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 क्या संबंध
1.	LALI BEGAM	58	F	SELF
2.	ABDUL ALI	56	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय रेशा के नीचे प्रथम पत्र (प्रथम पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रथम पत्र (प्रथम पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रथम पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

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

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

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

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

