

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3241 APPLICATION DATE : 11/1/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : YASMIN BEGUM AGE-YEARS मातृ-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 47 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MD KHURSHID
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
NEAR ANTUMAN SCHOOL, RAJA BATAR, KOLKATA,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION : COOK MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1500 x 12 = 18000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट बताएं
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 संबंध
1.	YASMIN BEGUM	47	F	SELF
2.	MD NAJIBUL HUSEN	25	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु को चयन प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विचार का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिपद से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 हाँ गई सहायता राशि

