

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0120/3286 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 13/11/2020

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : MANU SAHA AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 45 SEX / लिंग : F

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : JAHAR SAHA



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता :
1/1 BN TAMORE ROAD, LAJUNAGAR, SAMARHATI,
SARAIKELIA, NORTH 24 PARGANAS DISTRICT,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 18000 X 2 = 21600 (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / PAN संख्या : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर गंभीरता से चिह्न लगाएं) 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 / आवेदन के साथ संबंध
1.	MANU SAHA	45	F	SELF
2.	JAHAR SAHA	109	M	SON
3.	KURNIMA SAHA	16	F	DAUGHTER
4.	JAHAR SAHA	51	M	HUSBAND

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

BPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ अलग संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ अलग संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ अलग संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे क्या विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SILESTIOL)

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

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

