

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K10120/3289 APPLICATION DATE: 13/11/2020  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: JALADHAR SARDAR AGE-YEARS: 63 SEX: M  
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HARAMOHAN SARDAR  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PART NO. 55, UTTAR DUMDUM, NORTH 24. PARAGANAS, WEST BENGAL  
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 15000 X 12 = 180000 (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आम का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. (आपका पास है/नहीं)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS (पिता-पुत्र 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 संबंध
1	JALADHAR SARDAR	63	M	SELF
2	RAJESH SARDAR	32	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस सी के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों/पुस्तिकाएं संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (SICSTIOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता/उपहार अन्य स्रोतों से प्राप्त हुए हैं?

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

