

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : X/0120/3296 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 13/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : GAIDYANATH KOLEY AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 70 SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : SUDHANYA KOLEY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : CHAK PAHALAMPUR, HADOLY HC2223, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता

- AS ABOVE



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

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

PAN No. / पान संख्या

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

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से क्या संबंध
1.	GAIDYANATH KOLEY	70	M	SELF
2.	SIRMILA KOLEY	41	F	DAUGHTER
3.	MOUNTA KOLEY	37	F	DAUGHTER

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

EPL Card (Attach Card Copy) / मरीजी रिपोर्ट के साथ प्रत्यक्ष पर (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	---	---	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किये जाने स्वता 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

