

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 15/0120/3684 APPLICATION DATE : 27/1/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : KHOKAN MALAKAR AGE-YEARS : 57 SEX : M
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER/S/SPOUSE'S NAME : HARIPADA MALAKAR
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 48 ANANDNAGAR, SHANTI NAGAR ROAD, RAHARA, NORTH 24 PARAGANNA 700118, WEST BENGAL



PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800 X 12 = 21600 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो कानून हो उस पर सही का निरूपण करें): 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 के साथ संबंध
1.	KHOKAN MALAKAR	57	M	SELF
2.	ISHSWAMATHA MALAKAR	28	M	SON
3.	KETA MALAKAR	53	F	WIFE

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SUBJECT — LE (STES/TOL)

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

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

