

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 11/0120/5687 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 27/11/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: CHANDRAIYA AGE-YEARS आयु-वर्ष: 67 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: ATIYAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: TITAGARH, NORTH 24 PARGANAS DISTRICT, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता: AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 1700 X 12 = 20400 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या: Blank

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं: No

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.	CHANDRAIYA	67	M	SELF

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये विपत्ती का वर्णन:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जलस्थान/दवाखुर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — (LE LASER) —

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 एतु गई सहायता राशि

