

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 14/0120/3731
APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 28/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: SAMUNA HATI
AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 75
SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: SONA HATI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता
MAGURKHEDE, THAKURPOKUR, SOUTH 24
PARAGANAS 700103, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: HOME MAKER
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. / स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) Yes / No
हां / 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 सम्बन्ध
1.	SAMUNA HATI	75	F	SELF
2.	BRISHMA HATI	48	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किए गए 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.	SURGERY - (LE (ST/ST/202))

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

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

