

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 11/0120/3750 APPLICATION DATE : 28/1/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SITA SHARMA AGE-YEARS उम्र-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 51 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : UTTAM SHARMA
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
DAURADANISA, BARDHAMAN 713125,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : सदैव आवासीय पता
— AS ABOVE —



OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2300 X 12 = 27600 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. सदैव जारी संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्रत्येक को टिक पर सही का निश्चय लें): 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	SITA SHARMA	51	F	SELF
2	RASHI SHARMA	25	M	SON
3	UTTAM SHARMA	56	M	HUSBAND

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विकल्प 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 (SIPSTOL)

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

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

