

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0120/3757 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 20/11/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SHIO PRASAD RASBAHAR AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : 40 SEX / लिंग : M

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुण्य का नाम : ATMI RASBAHAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : 700 DIKSHABINDAS ROAD, BIRD LAIN, KOLKATA 700048, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 2200 x 12 = 26400 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / स्थायी आयकर संख्या : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No 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 सम्बन्ध
1.	SHIO PRASAD RASBAHAR	40	M	SELF
2.	RASMI RASBAHAR	16	F	SON
3.	GOPA RASBAHAR	45	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	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.	SURGERY — LE (SIESTIOL)

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

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

