

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/10/20/5772 APPLICATION DATE : 29/1/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ABDUL HAMID KHAN AGE-YEARS 67 SEX M
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HOJINUPPIN KHAN
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : ALIPUR, KOLKATA 70007, WEST BENGAL
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी निवास पता

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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2400 X 12 = 28800/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. AS ABOVE
आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) 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 से क्या संबंध
1.	ABDUL HAMID KHAN	67	M	SELF
2.	HARIM KHAN	34	M	SON
3.	RASHI KHAN	30	M	SON
4.	MUSABIB BEGAM	29	F	DAUGHTER

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) आय 20000 तक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उचित/सही सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LECTICESTYLO

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

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



