

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0120/3726 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 28/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: BASUDEB GHOSH AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 70 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: RAMKINKAR GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान पता: DAURADANGA, BARODHAMAN 713125, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासस्थान पता: AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 1500 x 12 = 18000 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

FAN No. / सत्या संख्या संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 संबंध
1	BASUDEB GHOSH	70	M	SELF
2	PARAMBATA GHOSH	36	M	SON

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 प्रती संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु अल्प वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न की)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2	SURGERY — RE (SICS+IOL)

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

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

