

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : V/0/20/3803 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 30/11/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SURYA NARAYAN SINGH AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : 73 SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम : MANJU SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : PANIHATI, DEBENARA PALLY, NORTH 24 PARAGANAS #1014, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 4000 x 12 = 48000/- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या : Blank
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.	SURYA NARAYAN SINGH	73	M	SELF
2.	HEERA SINGH	64	M	SON
3.	MAMATA SINGH	40	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) व्ययंकरता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निती का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से बायी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STEPS 101)

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

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

