

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0120/3806 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 30/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : KENARAM KARAR AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : 62 SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम : PANCHANAN KARAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान पता : DOHTUR, SADAR, HAWRAH, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासस्थान पता : AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 9300 X 12 = 25600/- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / पैन संख्या : AS ABOVE
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गंभीरता से निशान लगायें) : Yes / हाँ / No / 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 | KENARAM KARAR | 62 | M | SELF |
| 2 | RASU KARAR | 38 | M | SON |
| 3 | RINTU KARAR | 34 | M | SON |
| 4 | MANASY KARAR | 30 | F | DAUGHTER |
| 5 | MAHARANI KARAR | 54 | F | WIFE |

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

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत |
|--|--|---|---|

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 AWAILED ही गई सहायता राशि |
|-----------------------|---|---|
| | | |
| | | |

