

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **V/10/20/3811** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **30/1/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **ARATI MALIK** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **70** SEX / लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : **SHANKAR MALIK**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता : **KANTOLA NISKA, HOWRAH 711401, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय : **HOUSEWIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : **RS 1400 X 12 = 16800/-** (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / आयकर 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 सम्बन्ध
1	ARATI MALIK	70	F	SELF
2	SHANKAR MALIK	45	M	SON
3	SHANKAR MALIK	30	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की छाप प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (आय पर की छाप प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययपत्र कार्ड (आय पर की छाप प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किन्ने गये विवरीत 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 (STICSTOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किती अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

