

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/0120/3845** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **08/01/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **HIRALAL ADHEKARE** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **70** SEX / लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : **SUDENNA ADHEKARE**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता :
SHARMA UDDHARANPUR, BARDHAMAN - 713130, WEST BENGAL

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



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

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : **RS 1800 x 12 = 21600/-** (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या : **Blank** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर घड़ी का निशान लगावे) : **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 संबंध
1.	HIRALAL ADHEKARE	70	M	SELF
2.	SADHANA ADHEKARE	64	F	WIFE
3.	SUBAL ADHEKARE	39	M	SON
4.	STRA MAWDAI	36	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/दवाखाने से जारी की गई उपचारात्मक सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
	R. SURGERY - LE (SPCS + IOL)

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

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

