

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
**सहायता हेतु आवेदन प्रारूप**

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3856 APPLICATION DATE : 10/01/2020

NAME of APPLICANT : SELIMA BEBE AGE-YEARS मातृ-वर्ष 60 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KURBAN ALI SK



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DIARBANENAGAR, KAMBAGAR, MURSHIDABAD-742201, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -

OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2300 x 12 = 27600/- (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. नहीं है

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 संबंध
1.	SELIMA BEBE	60	F	SELF
2.	KURBAN SK	67	M	HUSBAND
3.	MANVAT SK	36	M	SON
4.	SOLEMAN SK	35	M	SON
5.	ALFARIA BEBE	24	F	DAUGHTER
6.	MANORAMA BEBE	30	F	DAUGHTER

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

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाने से जारी की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत करें
1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE.
2.	SURGERY - RE (SECS + COL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एतौ गई सहायता राशी

