

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/0120/8850	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	10/01/2020
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	AREF SEKH	AGE-YEARS आयु-वर्ष	64
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम	MD HANIF SK		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता			
HARWARI, MURSHEDABAD 742226, WEST BENGAL.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता			
- AS ABOVE -			



OCCUPATION : व्यवसाय	FARMER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	RS 1700 x 12 = 20400/-	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. (यहाँ छानने के लिए)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (को मंजूर हो उक्त पर सही का निशान लगावे।)	Yes / No हां / नहीं		

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sl. 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.	AREF SEKH	64	M	SELF
2.	HANIFA ISLAT	59	F	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसमोस कार्ड (प्रमाण पत्र को अलग प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

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

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

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

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक वर्ष में प्राप्त राशि

