

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3860 APPLICATION DATE : 10/01/2020

NAME of APPLICANT : SARBESHWAR MAL AGE-YEARS : 61 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JHARU MAL



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DHANAPATI GANJ, KATAR, MURSHIDABAD
742202, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : — AS ABOVE —

OCCUPATION : FARMER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800 x 12 = 21600/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : सवाई खास नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

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.	SARBESHWAR MAL	61	M	SELF
2.	BULI MAL	56	F	WIFE
3.	BHUBAN MAL	31	M	SON
4.	KUMKUM MAL	29	F	DAUGHTER
5.	BABLI MAL	26	F	DAUGHTER

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

BPL Card
(Attach Card Copy)
गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)

Ration Card
(Attach Copy)
उपरोक्त कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गने विधियों का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE

2. SURGERY - RE (STCS + IOL)

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

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

