

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No. : 11/0120/3877
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 12/01/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MAHIMA BIBE
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 76
SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JALALUDDIN
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MAHALAKSHI, MURSHIDABAD 742180,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700 X 12 = 20400/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : Blank

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MAHIMA BIBE	76	F	SELF
2.	ISTEFAS SK	52	M	SON
3.	MARNUDEEN SK	48	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न 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 अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई उचित/सही सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (3PCS + 50L)

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

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

