

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0820/0007
आवेदन संख्या : K/0820/0007

APPLICATION DATE: 3/08/20
आवेदन तिथि : 3/08/20

NAME of APPLICANT: Jyotidyuti Dey
आवेदक का नाम : Jyotidyuti Dey

AGE-YEARS 54
SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUNIL DEY
पिता/पत्नी का नाम : SUNIL DEY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

Kumta Kashipur Habra North
24 Parganas, 743271, West Bengal.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

AS ABOVE



OCCUPATION: Driver

MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹1000 per month

(Attach Proof of Income)

PAN No.

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाख हैं (जो 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Jyoti dyuti Dey	54	Male	Self
2	Jali Dey	40	Female	Wife
3	Ananya Dey	25	Female	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(i)	Diagnosis - TRD & NVA (LL)
(ii)	Treatment - PPV MEDICAL (SOJ) TRAB (LL)

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 सी गई सहायता राशि

