

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0226/244 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 13.02.2024

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम MADHURI SAHA AGE-YEARS आयु-वर्ष 75 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम ANIRBAN SAHA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
36C, NALIN SARKAR STREET, SHYAMBHAR, KOLKATA-700004, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
AS ABOVE



OCCUPATION : व्यवसाय HOUSEWIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) /

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 10500 X 12 = 12,6000/- (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्पष्ट छाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगायें) 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 सम्बन्ध
1.	MADHURI SAHA	75	F	SELF
2.	TANUJ SAHA	43	M	SON
3.	ABIN SAHA	37	M	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे कसे विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि-पत्र सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY (LE) - SICSA 202

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी 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 राशी

