

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

4/094/1170

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

02/09/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

RAMPRASAD DAS

AGE-YEARS

वर्ष

SEX

लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

SHARAT DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

PURKHURIA, SUPAIPUR, HAROA NORTH 20, PARAGANAS, 743445, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :

स्थायी आवासीय पता

PS ABAIL



OCCUPATION :

व्यवसाय

BARBER

MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अनिवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

4000 x 12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (व्यक्तिगत आय कर पहचान संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर राजा 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 सम्बन्ध
1	RAMPRASAD DAS	65	M	SELF
2	CHANDRA DAS	60	F	WIFE
3	KONSTAB DAS	42	M	SON
4	SONALI DAS	37	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

<p>BPL Card (Attach Card Copy)</p> <p>सर्वोच्च रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)</p>	<p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</p> <p>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy)</p> <p>उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)</p>	<p>Any Other Basis/Proof</p> <p>अन्य कोई साक्ष्य</p>
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किन्ने गये विकल्पों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS: CATARACT
2	SURGERY IE (SICS+TOR)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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

