

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: B/0717/0140

APPLICATION DATE: 10/07/2019

NAME of APPLICANT: Asmathulla

AGE-YEARS 65

SEX M

FATHER/SPOUSE'S NAME: Ahmed Husein Sab

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Sorojini Road, Piter Town, Kalikeri

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Mandalam, Piter, Ch. Hosa, Dist. North Malabar

OCCUPATION: Garage Shop

TOTAL ANNUAL INCOME: 42,000/-

(Attach Proof of Income)

(अपने का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (अपनी का प्रमाण प्रस्तुत करें)

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

Yes / No

FAMILY DETAILS (अपनी परिवार)

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1)	Frege Basha	34	M	Son
2)	Ad Babu	30	M	Son
	One Daughter Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) पोली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	EMS Certificate (Attach Certificate Copy) अपने आप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Card Copy) अपने आप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अपने आप की प्रमाण
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे को किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्य/चिकित्सा से जुड़ी की की की प्रमाण प्रस्तुत करें
	DOV for Right Eye
	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कौन अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अपने स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED की की सहायता पत्र
	B.W.L.E.H.	

