

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/0717/0652	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	17.07.18
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	MANIMOHAN MAHATO	AGE-YEARS आयु-वर्ष	60
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम	SIDDHESHVAR MAHATO		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता			
DAXSHIN KACHURAHULA HAROA NORTH 24			
PARANAG. 743425. WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता			
AS ABOVE			



OCCUPATION : व्यवसाय	FARMER
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	RS. 1500 x 12 = 18000/-
(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. यदि प्राप्त हो तो	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को सही जो उत्तर पर चिह्नित करें)	
Yes / हाँ / No / 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.	MANIMOHAN MAHATO	60	M	SELF
2.	KANIKA MAHATO	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोली रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (LKS F10L)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कोई प्रति सहायता राशि

