

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No. : NNN/0817/0146 आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE : 13/08/2017 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : DIPAK PARUI आवेदक का नाम			AGE-YEARS 77 आयु-वर्ष	SEX M लिंग
FATHER'S-SPOUSE'S NAME : Kusfa Parui पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासी पता Vill+PO: Harap, PS: Bagman, Dist: Howrah				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासी पता Vill+PO: DO, PS: DO, Dist: DO				
OCCUPATION : Farmer व्यवसाय			MARRIED (विकसित) / UNMARRIED (अविकसित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 10,000 कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)	
PAN No. सर्वोच्च खाते संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो स्थिति को उभारें या नहीं का चिह्न लगाएं)				
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 से संबंध
1.	Kusfa Parui	50	F	Wife
2.	Abhijit Parui	35	M	Son
3.	Charidama Parui	80	F	Son-in-law
4.	Sayandi Parui	13	M	Grand Child
5.	Ankita Parui	10	F	Grand Child
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच की जांच करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच की जांच करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (आय पर की जांच की जांच करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गले मिलती है उद्देश्य:				
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	Diagnosis: RE, NUCLEAR SCLEROSIS, IV-VFC			
2.	Operation Notes: SICS WITH PC IOL, RE			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि	
1.	V.M.A.N.N.			



