

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : NNN/0817/0/44
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 13/08/2017
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : AKRAM HOSSAIN MALLIK
आवेदक का नामAGE-YEARS : 50
आयु-वर्षSEX : M
लिंगFATHER'S/SPOUSE'S NAME : Najma Malik
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

VILL : Adva. PO : Bangaloria. PS : Najma.

Dist : Howrah

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

VILL : DO. PO : DO. PS : DO. DIST : DO

OCCUPATION : Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 10,000
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)PAN No. : [Blank]
पैन संख्याARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाखल हैं (को सत्य 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 संबंध
1.	Najma Malik	30	F	Wife
2.	Ajmalulla Malik	11	F	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	Diagnosis: LE, Nucleon sclerosis III-IV+PST
2.	Elevation Notes: STCS WITH PC TOL, LE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को 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 ली गई सहायता राशि
1.	V. M. A. IV. IV. N.	

