

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : K/1077/1089 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 12.10.17 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : GOLAMBARI MOLYA आवेदक का नाम		AGE-YEARS 77 उम्र-वर्ष	SEX M लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SHUKUR MOLYA पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS KACHOYA BASUKHAT NORTH 24 वर्तमान आवासीय पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : PS ABOVE स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION : UNEMPLOYEE व्यवसाय				
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
PAN No. आवेदक का PAN संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पayer हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 के साथ सम्बन्ध
1	GOLAMBARI MOLYA	77	M	SELF
2	BELOYAK KHATON	70	F	WIFE
3	RASED MOLYA	47	M	SON
4	RASED ALI MOLYA	44	M	SON
5	RENNARA KHATON	42	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न			
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2	SURGERY - LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 सी गई सहायता राशि		

