

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)



APPLICATION No.: K/0118/1659
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 05/01/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AMJED KAYAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 59
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAHIM KAYAL
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PART NO-165, MEENAKHA, NORTH 24 PARGANAS
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION: FARMER
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 20000/2024,000/-
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 सम्बन्ध
1.	AMJED KAYAL	59	M	SELF
2.	AYEKA KAYAL	50	F	WIFE
3.	ARJUN KAYAL	25	M	SON
4.	RIYAN KAYAL	23	M	SON
5.	ARJUNA BIBI	20	F	DAUGHTER
6.	ARJUNA BIBI	18	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS-MOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि

