

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0618/0428**
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **02.06.18**
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **BANAMALI CHATTERJEE**
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष
66

SEX लिंग
M

FATHER/SPOUSE'S NAME : **BINAY KRISHNA CHATTERJEE**
 पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
**ASHRAMPARA, BASIRHAT-1, NORTH 24 PARGANAS,
 743911, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
AS ABOVE



OCCUPATION : **UNEMPLOYED**
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL**
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
 (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी 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 लगायें) Yes / No हाँ / 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.	BANAMALI CHATTERJEE	66	M	SELF
2.	KARUNA CHATTERJEE	60	F	WIFE
3.	PRASANNJIT CHATTERJEE	38	M	SON
4.	MUNMUN CHATTERJEE	33	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किने गये विनयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT (RE)
2.	SURGERY- RE (GLAUCOMA)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

