

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य हेतु सहायता प्रारूप)		
APPLICATION No. : K/1218/1832		APPLICATION DATE : 11/12/18		
NAME of APPLICANT : BHARATI GHARI		AGE-YEARS 68	SEX F.	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HAJARI MANTRI				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : GHOSH ROAD, NORTH CHANDANPUR, PHAGANAI, KOLKATA, WEST BENGAL.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE				
OCCUPATION : HOME MAKER.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income) (अपना सबूत जोड़ें)		
PAN No. XXXX XXXX				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No ☒ ☐				
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	BHARATI GHARI	68	F	SELF
2.	PAULANI GHARI	65	F	DAUGHTER
3.	SAKAT GHARI	69	M	SON
4.	PAULANI GHARI	65	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के कार्ड का प्रमाण पत्र (अपना पत्र की साथ प्रमाण पत्र को)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (अपना पत्र की साथ प्रमाण पत्र को)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (अपना पत्र की साथ प्रमाण पत्र को)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये निम्न कारण:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जुड़ी की गई प्रमाणित प्रतीति			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.			
2.	SURGERY - RE (SIGHTING)			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि		

