

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE				(Healthcare)		 Building Block of Life	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :		K/128/1943		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि		12/12/18	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		ANGURBALA GHOSH.		AGE-YEARS वर्ष-वर्ष	SEX लिंग		F.
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम		KRISHNA MOHAN GHOSH.					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता							
CAMELIA KAHANMUKHI NORTH 24 DURGAM CHOWK, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता							
AR PITHOU.							
OCCUPATION : व्यवसाय				MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)			
NIL							
PAN No. : स्थायी आयदाता पहचान संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 से क्या संबंध			
1.	ANGURBALA GHOSH.	48	F	SELF			
2.	RUPAK GHOSH	61	M	SON			
3.	DILIP GHOSH	59	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसे चुना जाए							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की पोले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कопी जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कपी जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपादान कार्ड (प्रमाण पत्र की कपी जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गए विकल्पों का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीति से जारी की गई प्रतिबंधन सूची प्रमाण						
1.	Tuberculosis - TB.						
2.	Swelling - Le (Gastric)						
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त किया है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED सी गई सहायता राशि			

