

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/12/18/2083 APPLICATION DATE: 18/12/18
 आवेदन संख्या: K/12/18/2083 आवेदन तिथि: 18/12/18

NAME of APPLICANT: KRISHNA BANERJEE AGE-YEARS 53 SEX F
 आवेदक का नाम: KRISHNA BANERJEE उम्र-वर्ष: 53 लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ANATH GOSWAMI
 पिता/सहोदर का नाम: ANATH GOSWAMI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: GOPAL NAGAR, KANTAPUR, SOUTH 24 PARAGANAS, HOOLSO, WEST BENGAL
 वर्तमान निवास पता: GOPAL NAGAR, KANTAPUR, SOUTH 24 PARAGANAS, HOOLSO, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
 स्थायी निवास पता: AS ABOVE



OCCUPATION: HOME MAKER. MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
 व्यवसाय: HOME MAKER. विवाहित / अविवाहित

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)
 वार्षिक आय: NIL (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. XXXX XXXX XXXX
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No
 क्या आप आय कर दाता हैं (को सही ढंग से चिह्नित करें): हाँ / नहीं

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 सम्बन्ध
1	<u>KRISHNA BANERJEE</u>	<u>53</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2	<u>ANATH BANERJEE</u>	<u>29</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) एपिली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूस सीटी के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपस/दवाखत से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	<u>DIAGNOSIS - CATARACT - RE</u>
2	<u>SURGERY - RE (SICOPOL)</u>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली है

