

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 24/12/2149 APPLICATION DATE : 21/12/24

NAME of APPLICANT : BAKUL RANI GHOSH AGE-YEARS : 63 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUNIL GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बर्साना, जयपुर, राजस्थान

BART NO 43 KUMHAR, BART NO 43, BART NO 43, BART NO 43

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : वहाँ जयपुर, राजस्थान

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : 24/12/2149

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर टिक करें)

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 संबंध
1.	BAKUL RANI GHOSH	63	F	SELF
2.	SUNIL GHOSH	63	M	HUSBAND
3.	ANURAG GHOSH	28	M	SON
4.	ANURAG GHOSH	25	M	SON
5.	ANURAG GHOSH	21	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एडबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना है)	Ration Card (Attach Copy) रसदंड कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पैसे मिलने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों के प्रमाण पत्र
1.	Diagnosis - Cataract - L.
2.	SURGERY - L. (Cataract)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED लगे गई सहायता राशि

