

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/12/8/2152

APPLICATION DATE: 21/10/18

NAME of APPLICANT: AURA BIBI

AGE-YEARS 60-60

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BCHAR LASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: UTTAM NURSAHAR, MUKHARFA, DAKSHINPUR.

CANTONMENT FOUR PARAGANS - LUSAT, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

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

PAN No. 8888 8888 8888

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर कादा हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 के साथ सम्बन्ध
1.	AURA BIBI	60	F	SELF
2.	BCHAR LASKAR	52	M	MATERNAL
3.	GIARUL LASKAR	55	M	SON
4.	MUNESH LASKAR	34	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रीक के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 प्रमाण
---	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी को गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - R.E.
2.	SURGERY - R.E. (CATARACT)

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

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

