

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No.: आवेदन क्रमांक : APPLICATION DATE: आवेदन तिथि					
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS वर्ष-वर्ष		SEX लिंग	
LATA DAS		88		F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम					
HRIDAY DAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता					
UTTAR MAULI DAS PARA MINAMAHAN, NORTH 22, PARAGANAS, 743991, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION: व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
HOUSE WIFE				MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रमाण)	
NIL				NIL	
PAN No. (आपका पास है)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (कोई नाम से टिक करें जो लागू हो)					
YES / NO 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 संबंध	
1.	LATA DAS	88	F	SELF	
2.	HRIDAY DAS	45	M	HUSBAND	
3.	ADARSH DAS	46	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न विकल्प चुनें					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सुची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS-CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SIGS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED भी गई सहायता राशि	

