

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2224
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 03.01.2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: OKIL KHAN
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 63
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAME ULLAH
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

43 BARUIPARA W/ 22 BLA LAKE, RAMLAKSHI BUSTI
LAKE, NORTH 24 PARAGANA 743106 WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION: FARMER
व्यवसाय

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1600 x 12 = 19200/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर घाटी 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 के साथ संबंध
1.	OKIL KHAN	63	M	SELF
2.	KHARSHIDA BIAJA	50	F	WIFE

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तथे 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 किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY LE (SUCCESSFUL)

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

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

