

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0119/ 2282		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		ARATI DAS		AGE-YEARS : वर्ष	SEX : लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम		RATAN DAS		56	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता				 	
PURBA DHALTETHA SHANKHUPUR BAGHURDI BASSIRAH NARAI 24 PARGANAS 743413 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता					
— AS ABOVE —					
OCCUPATION : व्यवसाय		COOK		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		RS 1200 X 12 = 14400/-		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. : पैन संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को फॉर्म में उक्त पर चिह्न लगाएं)					
Yes / No 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 सम्बन्ध	
1.	ARATI DAS	56	F	SELF	
2.	RATAN DAS	56	M	HUSBAND	
3.	SUDHITA DAS	23	F	SON	
4.	LIKASH DAS	20	F	DAUGHTER	
5.	ANJU DAS	26	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी रीखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 विधायी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSES - CATARACT-LE				
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)				
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 सी गई सहायता राशि		

