

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1119/2000
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 6/12/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MIRA MALIK
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 54
SEX लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: PARESH MALIK
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासस्थान का पता

BENGA, BATANAL, AKUMBAGH, HOOGHLY,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान का पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOMEMAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1300 x 12 = 15,600/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है या नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर चिह्न का निशान 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 संबंध
1	MIRA MALIK	54	F	SELF
2	NAYAN MALIK	27	M	SON
3	PARAJ MALIK	25	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गणित रिकॉर्ड के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदोसत कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र प्रस्तुत करें
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RECSICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को 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 एवं प्राप्त सहायता राशि

