

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2009
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 7/11/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : NOORJAHAN BIBI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 59
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ASANAD
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

GOBINDAPUR, KHOLAPOTA, BASTI, NORTH
24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION : DOMESTIC HELP
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2200 X 12 = 26400/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आप का सबूत संलग्न करें)

PAN No. क्या है/खाली संलग्न करें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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.	NOORJAHAN BIBI	59	F	SELF
2.	ASANAD HUSSAIN	32	M	SON
3.	ANWAR HUSSAIN	35	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययोजना कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिये गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LF
2.	SURGERY - LEC(SICS+IOL)

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

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

