

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 2/11/19/2017 APPLICATION DATE : 7/11/2019

NAME of APPLICANT : SWAPAN SIKDAR AGE-YEARS आयु-वर्ष 42 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GANESH SIKDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता
KUTIA, NORTH 24 PARGANAS 743126,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION : RICKSHAW PULLER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2400 X 12 = 28800/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का सक्षम संलग्न)

PAN No. स्पष्ट संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / NO
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं) 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.	SWAPAN SIKDAR	42	M	SELF
2.	PURNIMA SIKDAR	40	F	WIFE
3.	KANISH SIKDAR	17	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गणितो रक्षा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्षम
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विन्यास का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (STEC + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के 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 सी गई सहायता राशी



