

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/120/2711
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 24/12/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ABRAHAMAN MULLICK
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 67
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ANOVAR ALI MULLICK
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता
SANKRAL, HABRA, JALDI, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान पता

AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1500 x 12 = 18000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का दस्तावेज संलग्न करें)

PAN No. संपादित संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य 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.	ABRAHAMAN MULLICK	67	M	SELF
2.	SANAL MULLICK	36	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों/सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — REYESIES + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

