

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. 1: <u>K/1210/2774</u>		APPLICATION DATE: <u>26/12/2019</u>		
NAME of APPLICANT: <u>RAMAYAN SINGH</u>		AGE-YEARS: <u>68</u>	SEX: <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>CHANDAN SINGH</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>CF BLOCK, BIDHANAGAR, KOLKATA 700064, WEST BENGAL</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>				
OCCUPATION: <u>UNEMPLOYED</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>RS 1700 X 12 = 20400/-</u>		(Attach Proof of Income)		
PAM No. <u>XXXX</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	RAMAYAN SINGH	68	M	SELF
2	CHANDAN SINGH	30	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विधि का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भुवि संलग्न			
1	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2	SURGERY — LE (STICS + 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 एक ही उद्देश्य हेतु सहायता राशि	



