

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)



APPLICATION No.: K/0120/2989 APPLICATION DATE: 3/1/2020

NAME of APPLICANT: ANGURBALA GHARSA AGE-YEARS: 62 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MOINAK GHARSA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SHRI MAN TANAGAR, MOINAKHAN, NORTH 29, PARAGANAS, 743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOMEMAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 X 12 = 21600/-

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

PAN No. (आपका PAN नंबर)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No
हां / नहीं

संगत आय कर दाखल है (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	ANGURBALA GHARSA	62	F	SELF
2.	NIMAI GHARSA	38	M	SON
3.	KESTA GHARSA	27	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि अन्तर्गत

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) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मंजूर किया जा रहा है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित भुवि संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICKS 7/02)

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

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

