

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: K/0124/1137
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 14/01/2024
अवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SUSHIL CHHARI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 68
SEX: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: TULSI CHHARI
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 26/2 ISWAR CHANDRA BANERJEE LANE

KAMARHATI (MARIJHARA), NORTH 24 PARAGANAS, TROGET, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS-ABOVE

OCCUPATION: SMALL BUSINESS

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 2500 x 12 = 30,000/-

(Attach Proof of Income)
(आपके आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No: [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

FAMILY DETAILS (संघीय विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member संघीय के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सापेक्ष संबंध
1.	SUSHIL CHHARI	68	M	SELF
2.	MALATI	65	F	WIFE
3.	PRIYANKA	43	F	DAUGHTER
4.	PRADIPTA	20	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता कितनी

