

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

K/012A/1145

APPLICATION DATE:

15/01/2024

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

HASMAT LEYE

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

80

SEX (लिंग)

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

KHELAPAT LEYE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान आवासीय पता)

JELIAKHALI PASCHIA KHANDA, NORTH TWENTY

FOUR PARANAS 743329 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी आवासीय पता)

AS ABOVE



OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

6000x12 = 72,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय के सबूत जोड़ें)

PAN No. (पैन नंबर)

-

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	HASMAT LEYE	80	M	SELF
2.	GOLAPATI BIBI	73	F	WIFE
3.	MUTIBAR LEYE	46	M	SON
4.	SUEIYA BIBI	42	F	DAUGHTER
5.	REJINA BIBI	39	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रीखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) असम आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किन्हीं का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतियाँ
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई वर्ष सहायता राशि

