

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0124/1153**  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **16/01/2024**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **GOPAL GAYEN**  
आवेदन का नाम

AGE-YEARS **83** SEX **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **BIMAL GAYEN**  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **MUKTIRCHAK, GHOSH PUR, HOWRAH, 711401, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **— AS ABOVE —**



OCCUPATION : **UNEMPLOYED**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **7500 X 12 = 90,000/-**

(Attach Proof of Income)  
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. **प्राप्त नहीं**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर का दाता हैं (जो लागू हो उसे या सही का विकल्प चुनें):

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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	<b>GOPAL GAYEN</b>	<b>83</b>		<b>SELF</b>
2.	<b>SOMITRA GAYEN</b>	<b>57</b>	<b>F</b>	<b>WIFE</b>
3.	<b>PURNIMA GAYEN</b>	<b>45</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>
4.	<b>ANIMA GAYEN</b>	<b>41</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>
5.	<b>ANANDA GAYEN</b>	<b>38</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
6.	<b>NITA GAYEN</b>	<b>35</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
7.	<b>MAHANANDA GAYEN</b>	<b>31</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये कौन सा आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  
सहायता हेतु किसे लाने की विलगी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उचित/वैद्यकीय सुची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</b>
2.	<b>SURGERY — RE (SICS + IOL)</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य को 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 की गई सहायता राशि

