

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0224/1218
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 04/02/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SANDHYA MANNA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 66
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOPAL DHARA
पिता/कटुम्भ का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
ANULIA, ANULE, HOWRAH, 711001, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
— AS ABOVE —

OCCUPATION: PRIVATE TUTOR
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 1500X12 = 18,000
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय का उद्योग हैं (को मन्व्य हो उद्योग पर, सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हाँ / 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	SANDHYA MANNA	66	F	SELF
2	SANTIA MANNA	39	M	SON
3	APRINA MANNA	34	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विनोद 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 (SICS + 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 ले गई सहायता राशी

