

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0224/1253 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 11/02/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: MD. CHAND आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 50		SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD. FARUK पिता/कन्या का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता 3DH/1, DR. MANINDRA CHATTERJEE SARANI, RAJA RAM MOHAN SARANI, KOLKATA 700009, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ / ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME: ₹000X12 = 84,000/- कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मॉड्यूल हो उस पर सही का निशान लगाएं)					
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 आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	MD. CHAND	50	M	SELF	
2.	NALIA FIRDOSH	35	F	WIFE	
3.	ASIFA CHAND	18	M	SON	
4.	ASHRQA CHAND	13	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पोषे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (SIAS + 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 ली गई सहायता राशी	

