

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/0225/1837	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	5/2/25
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	ROUSAN ARA	AGE-YEARS आयु-वर्ष	51
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम	AZIZUR RAHAMAN		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता			
8/3 AHIRIPOUR 1ST LANE BALLYGUNGE			
KOLKATA 700019			
WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास का पता			
— AS ABOVE —			



OCCUPATION : व्यवसाय	MAID	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	<input checked="" type="checkbox"/> UNMARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	6000 X 12 = 72000	(Attach Proof of Income) (आय 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 मध्य हो उस पर सही का निशान लगावे)		Yes / No हां / नहीं	<input checked="" type="checkbox"/> No

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 संबंध
1.	ROUSAN ARA	51	F	SELF
2.	AZIZUR RAHAMAN	63	M	HUSBAND
3.	BASHID RAHAMAN	30	M	SON
4.	RAHAT RAHAMAN	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के लिये 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 विन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया 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 लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

