

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य सहायता)



APPLICATION No. / अर्ज क्रमांक: **K/0226/1993** APPLICATION DATE / अर्ज दिनांक: **13/2/25**

NAME of APPLICANT / अर्जदारी का नाम: **MOSARAF HAZRA** AGE-YEARS / आयु वर्ष: **51** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **ABUL BASAR HAZRA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता:
HOWRAH PANCELLA WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता:
AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: **TEA SELLER** MARRIED (पतिवत) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **5000 X 12 = 60000** (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / पैन नंबर: **Blank** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes

Sl. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / संबंधित की श्रेणी
1.	MOSARAF HAZRA	51	M	SELF
2.	SARIYA BEGUM	30	F	WIFE
3.	MONISHA KHATUN	19	F	DAUGHTER
4.	MOSARAF KHATUN	16	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
 सहायता के लिए किसे अर्ज करें:

SPL Card (Attach Cert. Copy) महंगा विका के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी हुई प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अर्थी आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी हुई प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी हुई प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे अर्ज करने का कारण:

Sl. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / संलग्न चिकित्सा रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसे अर्ज करने का कारण है (यदि कोई हो):

Sl. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य सहायता का स्रोत	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / की रकम (अनुमानित रूप से)

