

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: **K/0225/2018**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **22/02/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **KALPANA KHAN**

AGE (YEARS) / आयु वर्ष: **59**
SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: **ANIL KHAN**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
**DOLGUSTIA
HOWRAH 711014
WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **5000 x 12 = 60000**

ATTACH Proof of income / आय का प्रमाण संलग्न करें

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आयकरदाता हैं (जो लागू हो वस फॉर चेक करें) (यदि लागू हो):

Yes / हाँ
No / नहीं

FAMILY DETAILS / कुल परिवार का विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध
1.	KALPANA KHAN	59	F	SELF
2.	ANIL NATH KHAN	38	M	SON
3.	JAYMA KHAN	36	F	DAUGHTER
4.	NILU KHAN	33	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / आयकर (आय) के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न किन्हीं का प्रमाण

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल रिपोर्ट व डॉक्टर की सलाह संलग्न करें
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किये गए अन्य स्रोत से मिली प्रमाण पत्र (यदि)

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / की गई सहायता राशि

