

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0225/2023

APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 23/02/25

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: JAMUNA SARDAR

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 62

SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/पत्नी का नाम: SUBHAS BOHMAK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

HARIDWAR MAJRAMAT - 1
SOUTH 24 PARAGANAS 743355
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: / व्यवसाय: MAID

MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित): UNMARRIED

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

(Attach Proof of Income) / (आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / आयकर खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बंध
1.	JAMUNA SARDAR	62	F	SELF
2.	PRHASPATI SARDAR	56	F	COUSIN

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे 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) रतनपत्र कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये किसी 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 ली गई सहायता राशि

