

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य सहायता)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0325/2016**      APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **01/03/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **RAZIA SULTANA**      AGE-YEARS / आयु वर्ष: **36**      SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **SAHID HASAN**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता: **29/2/11/3, BENIA PARA LANE, INTALLY KOLKATA-700014, WEST BANGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता: **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **MAID**      MARRIED / विवाहित:       UNMARRIED / अविवाहित:

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **3500 X 2 = 42,000/-**      (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / PAN संख्या: **XXXX XXXX**      ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर देते हैं (को मान्य हो उस का घड़ी) या विनाय लगाते:  Yes / हाँ       No / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार - विवरण				
Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध
1.	RAZIA SULTANA	36	F	SELF
2.	SAHID HASAN	34	M	HUSBAND
3.	IBADDULLAH HASAN	20	M	SON
4.	HAMMADULLAH HASAN	18	M	SON

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
 सहायता के लिए विनियम अंक

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गोबत कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) असल आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Patron Card</b> (Attach Copy) प्रायोजक कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु किसे लक्ष्य है/किसी का उद्देश्य

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions/Attaches / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित प्रमाण प्रमाण
①	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
②	SURGERY - LE (SICS + IOL)

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
 इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता (विना) क्या अन्य से प्राप्त हो चुकी है?

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / सहायता स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / लेने का प्रमाण पत्र

