

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(आरोग्य सहायता)



Building block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0325/2051** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **01/03/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **ANWARI BEGUM** AGE-YEARS / आयु वर्ष: **64** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **MD ZAIFUL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: **102/H/1, MADAN MOHAN BURMAN STREET, BARABAZAR, KOLKATA, 700007, WEST BENGAL**

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

OCCUPATION / व्यवसाय: **MAID** MARRIED (पतिव्रत) / UNMARRIED (अविवाहित):

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **4000 X 12 = 48000/-** (Attach Proof of Income / आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / आय का सबूत संख्या: **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु वर्ष	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1	ANWARI BEGUM	64	F	SELF
2	MD FAIZAZ	44	M	SON
3	SK MAL NUDON	40	F	DAUGHTER
4	NAJISA PARVEEN	33	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए निवेदन आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / परिवार का आयु के संदर्भ में प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी को संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु आय के संदर्भ में प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी को संलग्न करें)	Paiden Card (Attach Copy) / आयु आय के संदर्भ में प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी को संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	---	---	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु निवेदन का उद्देश्य

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / उपचार/दवाइयों से संबंधित डॉक्टर के द्वारा की गई परिणाम सूची संलग्न
①	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
②	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / उद्देश्य के हेतु अन्य सहायता स्रोतों से प्राप्त होने वाली राशि

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



