

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)



APPLICATION No. **4/025/2058**

APPLICATION DATE **02/03/25**

NAME of APPLICANT **AJAY BEK**

AGE-YEAR **40** SEX **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME **BUDHUYA BEK**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **30, KULINPARA, KHARDAH (M), B.D. SOPAN NORTH 2A PARAGANAS JODUG WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS **AS ABOVE**



OCCUPATION **DRIVER**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME **6000x12 = 72,000/-**

(Attach Proof of Income) / आय का साक्ष्य (अनुबंध)

PAN No. **XXXX XXXX XXXX**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) **Yes /**

Yes / No

FAMILY DETAILS (संलग्न सदस्य)

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	AJAY BEK	40	M	SELF
2	ANIKET BEK	16	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों (छा) के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड (अनाम पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अव्ययता/इतिहास से जुड़ी नई नई दवाइयों का प्रमाण
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2	SURGERY — RE (SIOS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता प्राप्त

