

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0424/0082 APPLICATION DATE: 18.04.24
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ALEYA BIBI AGE-YEARS: 69 SEX: F
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HATEM ALI MONDAL
 पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: CHAMPAPUKUR, RAJAPUR (NORTH) PAROANAS
 743291 WEST BENGAL
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSEWIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 x 12 = 60000 (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAH No. (यहाँ छात्रा संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) 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.	ALIPYA BIBI	29	F	SELF
2.	RAHIM BOY	38	M	SON
3.	RAHIMA BIBI	50	F	DAUGHTER
4.	AMECHAN BIBI	47	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये बिस्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
	SURGERY - LE - (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

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