

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0924/0112** APPLICATION DATE: **23.04.24**
 आवेदन संख्या: सकेल तिथि

NAME of APPLICANT: **SURYA NATH SEN** AGE-YEARS **72** SEX **M**
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **KAMAGESH CHANDRA SEN**
 पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **कलकत्ता आवासीय पता**
A/C SIKDER BAGAN SHYAM BAZAR 4
KOLKATA 700004 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थाई आवासीय पता**
- AS ABOVE -



OCCUPATION: **FARMER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **6000 X 12 = 72,000** (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **स्वाई कार्ड संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगावे) 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 सम्बन्ध
1.	SURYA NATH SEN	72	M	SELF
2.	PARAMITA SEN	40	F	DAUGHTER
3.	MADHUMITA SEN	48	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

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

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

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कोई साहाय्यता राशि

