

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0424/0124
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 24.04.24
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: GITA SAHA
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 61
 SEX लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: PARIMAL SAHA
 पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान का

PATNA SCHOOL ROAD NORTH DUM DUM
 NIMTA NORTH 24 PARAGANAS 700049
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान का

AS ABOVE



OCCUPATION: NURSE
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 9000 x 12 = 1,08,000
 वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
 (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर देता हैं (जो लागू हो उस पर खरीकें या निरुद्ध करें)

Yes / हाँ / No / 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 से क्या संबंध
1.	GITA SAHA	61	F	SELF
2.	PARIMAL SAHA	64	M	HUSBAND
3.	PRADIP SAHA	43	M	SON
4.	ROMA SAHA	45	F	DAUGHTER
5.	POIMA SAHA	38	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सही रकम के नीचे आय का (प्रमाण पत्र भी साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (प्रमाण पत्र भी साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र भी साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी और आधार
--	---	--	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु देने की विलेखी या उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/पत्रिका से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	DIAGNOSTIC - CATARACT - RE
	SURGERY - RE (SKELETAL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED सी गई सहायता राशि

