

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No.: K/0524/0134  
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 02/05/24  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BRIHASPATI HALDER  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष: 50  
 SEX लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: SUJIT HALDER  
 पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

GORIJOLA HALDER PARA, NISHAPUR (M),  
 DHANYABHATA SOUTH 2A PARGANAS  
 743355, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE  
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000x12 = 48,000/-  
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
 (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. प्रदाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ / जी  
 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 के साथ सम्बन्ध
1.	BRIHASPATI HALDER	50	F	SELF
2.	SUJIT HALDER	61	M	HUSBAND
3.	RADKUMAR HALDER	27	M	SON
4.	MITHUN HALDER	21	M	SON
5.	SUKUMAR HALDER	19	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी कोई सबूत
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु निम्ने गरी विषयों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STIC + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED कौी गई सहायता राशी

