

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सेवा माल)



APPLICATION No.: **4/0524/0140**  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **05/05/24**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **BHUTNATH HATI**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **60** वर्ष SEX **M** लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: **HAZARI HATI**  
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास का  
**PATHERGHATA, GANABASTI, NORTH TWENTY**

**FOUR PARAGANAS HOOLISS WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास का

**AS ABOVE**

OCCUPATION: **FARMER**  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **5000x12 = 60,000/-**  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वास्थ्य सेवा संख्या

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

Yes /  No  
हां / नहीं

**FAMILY DETAILS** परिवार विवरण

Sr. No. <small>क्रम संख्या</small>	Name of Family Member <small>परिवार के सदस्यों का नाम</small>	Age (Years) <small>उम्र (वर्ष)</small>	Gender <small>लिंग</small>	Relation with Applicant <small>आवेदक के साथ सम्बन्ध</small>
1.	BHUTNATH HATI	60	M	SELF
2.	SUDHA HATI	31	F	WIFE
3.	BIJAY HATI	22	M	SON
4.	BALSAKHI HATI	23	F	DAUGHTER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए निम्न विकल्प चुनें

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) <small>पटौती रेशन कार्ड की प्रमाण प्रतियाँ (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)</small>	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) <small>जन्य जन वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)</small>	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) <small>उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)</small>	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof <small>किसी अन्य प्रमाण प्रतियाँ</small>
---	--	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किने गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. <small>क्रम संख्या</small>	Medical Reports/Prescriptions Attached <small>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न</small>
	<b>DIAGNOSIS - CATARACT - RE</b>
	<b>SURGERY - RE (SIC'S + IOL)</b>

**ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. <small>क्रम संख्या</small>	NAME of OTHER SOURCE <small>अन्य स्रोत का नाम</small>	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED <small>सी गई सहायता राशि</small>

