

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No. : K/052A/0165
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 10/05/24
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SUBHASH SARKAR
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS 71 वर्ष
 SEX M लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SURESH CHANDRA SARKAR
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS MILINGARH, PANIHATIC MS, NORTH 24

PARGANAS 700119 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : CARPENTER
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 6500 X 12 = 78,000/-
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No.

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
 क्या आप आय कर एअर हैं (जो मध्य हो उस पर चिह्न लगाएं) Yes / No 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.	<u>SUBHASH SARKAR</u>	<u>71</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>DEHAKATI SARKAR</u>	<u>64</u>	<u>F</u>	<u>WIFE</u>
3.	<u>SOV SARKAR</u>	<u>35</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
4.	<u>PARTHA SARKAR</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये निम्नी आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) पीपीबी रिकार्ड के नौपै प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएसएस कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु दिने जाने किसी एक उद्देश्य:

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

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 सी गई सहायता राशि

