

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0524/0185**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **14/05/24**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **SULTANA BEGUM**

AGE-YEARS / उम्र - वर्ष: **56**

SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **MD. JAHANGIR**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **13, POTOPARA LANE, NARKELDANGA, KOLKATA**

700011, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): /

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **4500 x 12 = 54,000/-**

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

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का निशान लगाएं): **Yes / हाँ**

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 संबंध
1.	SULTANA BEGUM	56	F	SELF
2.	MD. JAHANGIR	62	M	HUSBAND
3.	MD. PAPPU	27	M	SON
4.	MD. SAJJAD	24	M	SON
5.	MD. SAHABUDDIN	28	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) / एटीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / एएसएस कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Nation Card (Attach Copy) / राष्ट्रीयता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये विकार का उल्लेख:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि

