

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 4/0524/0201  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 17/05/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : JARUL MULLICK  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष  
63

SEX लिंग  
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GOLAM MORTABA MULLICK  
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता

JAGATBALLAVPUR, GOBINDAPUR SHIBTALA,

HOWRAH NIKIA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी अस्थायी पता

AS ABOVE



OCCUPATION :  
व्यवसाय  
CARPENTER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय  
5500 X 12 = 66,000/-

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No  
हां / 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.	JARUL MULLICK	63	M	SELF
2.	MARUFA MULLICK	50	F	WIFE
3.	JARUL MULLICK	25	M	SON
4.	ARUJ KHATUN	20	F	DAUGHTER

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

BPL Card  
(Attach Card Copy)  
गरीबी रेशा 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)  
उपभोग्यता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other  
Basis/Proof  
अन्य कोई सबूत

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

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

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

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

