

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0521/0218** APPLICATION DATE: **15/05/24**
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **MAMTA Z BIBI** AGE-YEARS **45** SEX **F**
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **GOLAM RASHUN MOLLA**
 पिता/पति का नाम

PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान निवास का पता**
ISHANMATA USHKHALI, NORTH 24 PARGANAS
743444
WEST BENGAL
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थायी निवास का पता**
AS ABOVE



OCCUPATION: **TEA STALL** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **3000 x 12 = 36000** (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAF No. **स्वास्थ्य कार्ड संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
 क्या आप आय कर देते हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगा दें): **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 से संबंध
1.	MAMTA Z BIBI	45	M	SELF
2.	JARUL MOLLA	50	M	SPOUSAND
3.	RUGAYA	43	F	DAUGHTER
4.	ROKEYA	30	F	DAUGHTER
5.	MAMTAJUL MOLLA	18	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या निम्नी पर उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उचित/पुष्टि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SUGGERY - LE - (STCS+KOL)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए है?

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

