

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : K/0624/0325 APPLICATION DATE 19/06/24
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SAHID ALI AKUNJI AGE-YEARS आयु-वर्ष 63 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KANCHAM ALI AKUNJI
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
CHAK KALIKAPUR, GOURISHOJ, NORTH 24

PARGANAS 713445, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : जहाँ आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : VEGETABLE SHOP
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. क्या है या नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 से संबंध
1.	SAHID ALI AKUNJI	63	M	SELF
2.	SAHANARA BIBI	56	F	WIFE
3.	FARUK AKUNJI	32	M	SON
4.	MONIRUL AKUNJI	29	M	SON
5.	FARUL BIBI	24	F	DAUGHTER
6.	TUHINA BIBI	20	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का पीछे 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 प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों 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 लिये गया है?

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

2

- AGREEMENT by APPLICANT** (適用於申請人)

- AGREEMENT by HOSPITAL. (TAMM USE ONLY)

16.03.2022