

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				 Building Block at its core.	
APPLICATION No. : K/0624/0336		APPLICATION DATE : 21/06/24			
NAME of APPLICANT : NIRMALA PRATAPATI		AGE-YEARS : 57		SEX : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MOHAN PANDIT					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 30/1 HARISH NEOGI ROAD, ULTADANGA MAIN ROAD, KOLKATA 700067 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : — AS ABOVE —					
OCCUPATION : HOUSE WIFE				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 4000 x 12 = 48,000/-				(Attach Proof of Income)	
PAN No. : XXXX XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):					
☒ YES ☐ NO					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	NIRMALA PRATAPATI	57	F	SELF	
2.	SATYADEV PRATAPATI	63	M	HUSBAND	
3.	SUBHAS PRATAPATI	31	M	SON	
4.	PRABHAS PRATAPATI	28	M	SON	
5.	DIRAS PRATAPATI	24	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
महोदय रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		आपूर्ति कार्ड	
(प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
सहायता हेतु किसे क्या बिमारी का इलाज:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों/सुची 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 रही है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि			

