

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: K/0624/0338 आवेदन संख्या:				APPLICATION DATE: 21/06/24 आवेदन तिथि:	
NAME of APPLICANT: PRATIMA NANDI आवेदक का नाम:			AGE-YEARS: 78 वयस वर्ष:	SEX: F लिंग:	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE RADHARAMAN NANDI पिता/पत्नी का नाम:					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 15/1 ISWAR MILL LANE, BEACON STREET, KOLKATA 700006, WEST BENGAL वर्तमान निवासीय पता:					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी निवासीय पता:					
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय:				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):	
TOTAL ANNUAL INCOME: 2000 X 12 = 24,000/- कुल वार्षिक आय:				(Attach Proof of Income): (आय का साक्ष्य संलग्न करें):	
PAN No. (आवेदक का PAN):					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं):					
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वयस (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	PRATIMA NANDI	78	F	SELF	
2.	RANJIT NANDI	69	M	BROTHER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये विनियत आधार:					
BPL Card (Attach Card Copy) सरीखी कार्ड के साथ 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) राशनकार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे यह विनियत आधार:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित नुस्खी संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि			

