

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/1123/0832**
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **15/11/23**
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **GOUTAM GHOSH**
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS: **63**
 आयु-वर्ष

SEX: **M.**
 लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **PUTUL GHOSH**
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **कोषिका आवासिय पता**

**RUTESHWAR, SOUTH 24 PARGANAS
 743323, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थायी आवासिय पता**

- AS ABOVE -



OCCUPATION: **FARMER**
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **3000 x 12 = 36000/-**
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
 (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **स्वयं छात्र संख्या**

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

Yes / No
 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 के साथ सम्बन्ध
1	GOUTAM GHOSH	63	M	SELF
2	PUTUL GHOSH	66	F	WIFE
3	SANTANU GHOSH	35	M	SON
4	TRIPADA GHOSH	32	M	SON
5	KRISHNA GHOSH	30	M	SON
6	JAGAT GHOSH	25	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे नये चिन्हों 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 - (S103 + 104)

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

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

