

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/1124/1281**
आवेदन संख्या

APPLICATION DATE: **24/11/24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **LAYLI BIBI GAZI**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
67

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्भ का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
**AGARHATI, LAUKHALI, SANDESHKHALI - 1,
NORTH 24 PARGANAS NA3329 WEST
BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
— AS ABOVE —

OCCUPATION : **HOUSE WIFE**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **5000 x 12 = 60,000/-**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाने) **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 के साथ संबंध
1.	LAYLI BIBI GAZI	67	F	SELF
2.	NOOR BAKSHAQ GAZI	50	M	HUSBAND
3.	GAJIB DDIN GAZI	39	M	SON
4.	GABIKUL GAZI	36	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIOS + IOL)

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

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

