

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य रक्षक)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य रक्षक)		
APPLICATION No.: K/1018/1416		APPLICATION DATE: 09/10/18		
NAME of APPLICANT: SRIMATI MONDAL		AGE-YEARS 60	SEX F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RATAN MONDAL				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: TELEKHALI, SANDESHKHALI, BASIRHATI, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAKER				
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
PAN No. XXXXXX XXXX		(Attach Proof of Income)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		(आप का आय प्रमाण)		
Yes / No		(आप का आय प्रमाण)		
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	SRIMATI MONDAL	60	F	SELF
2	GURUDAS MONDAL	32	M	SON
3	CHANDANA MONDAL	35	F	DAUGHTER
4	KANCHAN MONDAL	39	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहायता के लिये विनियमित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किये गये विनियमित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न			
1	DIAGNOSIS - CATARACT RE			
2	SURGERY - RE (SIC 87101)			
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 सो गई सहायता राशी		

