

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग
SANDHYA MONDAL		51		F
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम				
PRATHAM GAYEN				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता				
GURUGURU, HOWRAH, 711316, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता				
AS ABOVE				
OCCUPATION : व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
HOME MAKER				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
NIL				
PAN No. : आयकर पहचान संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)				
Yes / हाँ / No / नहीं				
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 संबंध
1.	SANDHYA MONDAL	51	F	SELF
2.	GAUTAM MONDAL	20	M	SON
3.	SAMAR MONDAL	06	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार				
BPL Card (Attach Card, Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोग/वैद्यकीय से संबंधित डॉक्टर की पर्ची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RE			
2.	SURGERY - RE (EXCISE)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो पत्र सहायता पत्र		



