

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: K/0119/2817		APPLICATION DATE: 25/01/19		
NAME of APPLICANT: MANJU MONDAL		AGE-YEARS मातृ-वर्ष	SEX लिंग	
		45	F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SANTOSH MAZHI				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता				
GULTANPUR, SOUTH HARGANJ 443932				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -				
OCCUPATION: COOK.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1200x12= 14400/-		(Attach Proof of Income)		
PAN No. संपन्नता हेतु संकेत		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		
		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 सम्बन्ध
1	MANJU MONDAL	45	F	SELF
2	SRI RAM MONDAL	56	M	HUSBAND
3	BITU MONDAL	23	M	SON
4	PRIVANKHA MONDAL	17	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहायता के निम्न विधि अंगत				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	MANJU MONDAL CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (Surgery)			
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 सी गई सहायता राशि		

