

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/11119/2127 APPLICATION DATE : 13/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MAYA MONDAL AGE-YEARS आयु-वर्ष 59 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUSHIL MONDAL
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
P/O SOUTH NONDAPARA, ARIADANA,
KAMARHATI, NORTH 24 BARGANAS 700057,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION : HOMEMAKER MAILED (विवाहित) / UNMAILED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2200 X 12 = 26400/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है/ नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / NO
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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	MAYA MONDAL	59	F	SELF
2	SUSHIL MONDAL	28	M	SON
3	AHIL MONDAL	26	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की प्रमाण प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की प्रमाण प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपलब्ध पर की प्रमाण प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधियों 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 (SICS + IOL)

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

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

