

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K11119/2169 APPLICATION DATE: 15/11/2019  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MANGALA GHOSHAL AGE-YEARS: 70 SEX: F  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MADAN GHOSHAL  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BUNCHBATI, TARANAGAR, JAYNAGAR, SOUTH 24 PARGANAS 743338, WEST BENGAL  
वर्तमान निवास स्थान

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE  
स्थायी निवास स्थान



OCCUPATION: HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 X 12 = 19200 (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
आय कर दाखल है (जो सत्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) हाँ / 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	MANGALA GHOSHAL	70	F	SELF
2	NIMAI GHOSHAL	40	M	SON
3	SANJAY GHOSHAL	37	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाच प्रवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जाच प्रवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाच प्रवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे क्या निजी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपनिवेदन 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 किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

