

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/11119/2187  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 16/11/2019  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MINU MONDAL  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 52  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LAXMAN DAS  
पिता/कटुम्ब का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

BUDHAKHALLI SOUTH 24 PRAGANAS 743347,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास का पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSEWIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20,400  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. सत्यापित संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No  
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1.                     | MINU MONDAL                                       | 52                         | F              | SELF  |
| 2.                     | PRATAP MONDAL                                     | 54                         | M              | HUSBAND   |
| 3.                     | BARUN MONDAL                                      | 28                         | M              | SON   |

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

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| EPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|---|---|--|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु दिने गये निम्नलिखित उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1.                     | DIAGNOSIS — CATARACT — RE  |
| 2.                     | SURGERY — RE (SIOS + IOL)  |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
|                        |   |   |

