

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1119/2258 APPLICATION DATE: 19/11/2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SHYAMAPRASAD MONDAL AGE-YEARS: 66 SEX: M
आवेदक का नाम

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: RAMNAGAR, BIRBHUM 731236, WEST BENGAL
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायित्व निवास पता



OCCUPATION: UNEMPLOYED MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का सबूत संलग्न करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो तो: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
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	SHYAMAPRASAD MONDAL	66	M	SELF
2	NAHAYA MONDAL	34	F	WIFE
3	ABHAY MONDAL	31	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/चिकित्सक 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 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

