

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/1219/2888	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	07/12/19
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	SANATAN MONDAL	AGE-YEARS वय-वर्ष	58
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम	SHREEKRISHNA MONDAL		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता			
SARADWAGHAPUR, MAWDA, MURSHEDABAD 742174 WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता			
- AS ABOVE -			



OCCUPATION : व्यवसाय	CONTRACT LABOURER	MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	RS 1600 x 12 = 19200/-	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)	
PAN No. सत्यापित संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मकान डी उदा पर चली का निरूपण करके)	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	SANATAN MONDAL	58	M	SELF
2	RUPALI MONDAL	54	F	WIFE
3	SUMAN MONDAL	29	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EYS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही 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 अनुसंधान/प्रायोगिक से चाली को यह प्रमाणित करने के लिये संलग्न
1	DIAGNOSES - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (Cataract + IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी यह सहायता चली

