

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1219/2902** APPLICATION DATE : **11/12/19**

NAME of APPLICANT : **MANGAL MONDAL** AGE-YEARS **76** SEX **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **SASTE MONDAL**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **SAHAJADPUR, RAGHUNATHGANJ IS, SANMARTINAGAR, MURSHIDABAD 742013, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**

OCCUPATION : **UNEMPLOYED** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS. 1900 X 12 = 22800/-** (Attach Proof of Income)

PAN No. **साथ में नहीं है**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**

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.	MANGAL MONDAL	76	M	SELF
2.	LATIKA MONDAL	70	F	WIFE
3.	TARUN MONDAL	45	M	SON
4.	KAMEKA DAS	43	F	DAUGHTER
5.	SHARMA DAS	40	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का (आय पर की जाच पूरी होना करी)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पर (आय पर की जाच पूरी होना करी)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाच पूरी होना करी)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे कौन किसकी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - KE
2.	SURGERY - RE (STCS + EOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता पूरी

