

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1219/2907 APPLICATION DATE : 12/12/19

NAME of APPLICANT : MANGAL MAY MONDAL AGE-YEARS 65 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NITAI MONDAL



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : NAOPURHURIA, MURSHIDABAD 742133, 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. क्या है/ छाना संख्या

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 संबंध
1.	MANGAL MAY MONDAL	65	M	SELF
2.	PUSHPA KANTI MONDAL	61	F	WIFE
3.	RAJ NARAYAN MONDAL	34	M	SON
4.	PURVIMA MONDAL	30	F	DAUGHTER
5.	ASTHA HOK	36	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (प्रमाण पर की छात्र प्रती संलग्न की)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (प्रमाण पर की छात्र प्रती संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पर की छात्र प्रती संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे नये विधायी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SDS & DOL)

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

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

