

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1219/2008 APPLICATION DATE : 12/12/19

NAME of APPLICANT : PUSPA RANI MONDAL AGE-YEARS : 56 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : DAMODAR MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
NADIPUKURTA, MURSHIDABAD 742133,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
AS ABOVE



OCCUPATION : HOUSEWIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2200 x 12 = 26400/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

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.	PUSPA RANI MONDAL	56	F	SELF
2.	DAMODAR MONDAL	61	M	HUSBAND
3.	USHARA SARKAR	31	F	DAUGHTER
4.	SUREN MONDAL	29	M	SON
5.	MALIKA MONDAL	36	F	DAUGHTER
6.	LATIKA MONDAL	21	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SUPT + BOW)

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 ही गई सहायता राशि

