

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K10120/3294** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **13/11/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम: **MINU GOLDAR** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **57** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **BHUPATI MONDAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: **CHAWBAGA, NOVA DANGA, DHAPA, SOUTH 24 PARAGANA, HOOGHLY, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता:

**- AS ABOVE -**



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOME MAKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS 1000 X 12 = 22500/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / हाँ  
No / 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 / आवेदन के साथ संबंध
1.	MINU GOLDAR	57	F	SELF
2.	SURHAN GOLDAR	32	M	SON
3.	RAJAN GOLDAR	30	M	SON
4.	DHARMA GOLDAR	29	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) एपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये कियों का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से चारों की गई इतिहास शुरु की संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — IOL (STICSF IOL)

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता/उपहारों का प्रमाण पत्र से प्राप्त किया गया है?

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

