

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K1012013766 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 29/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: BEDANA MONDAL AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 72 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रिय का नाम: BHUPEN NAYAK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: CHOWBAGAN, DEEPA, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 14000 x 12 = 168000 (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. क्या है? (आपके पास है): ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 / आवेदक के साथ संबंध
1.	BEDANA MONDAL	72	F	SELF
2.	MINA DAS	39	F	DAUGHTER
3.	KINJA DEBNATH	35	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये किसी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु अल्प वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SIPSTYOL)

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 धरती

