

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0120/3776 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 09/11/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: DULU MUNDA AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 50 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रिय का नाम: NAREN MUNDA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासस्थान पता

1 NO GOPAL AVS, HAROA, NORTH 24 PARGA
NBS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासस्थान पता

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: HOUSEWIFE MARRIED (विपक्षित) / UNMARRIED (अविपक्षित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 1900 X 12 = 22800 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / NO हाँ / 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	DULU MUNDA	50	F	SELF
2	ASHU MUNDA	16	M	SON
3	NAREN MUNDA	42	M	HUSBAND

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपलब्ध पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाविवरण सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STRES + IOL)

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 शी गई सहायता राशि

