

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन फार्म		(Healthcare) (स्वास्थ्य उपचार)		
APPLICATION No.: K/0225/1930		APPLICATION DATE: 13/2/25		
NAME OF APPLICANT: SUBRATA KUNDU		AGE-YEARS: 71 SEX: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: TARAPADA KUNDU				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 18 BENTATOLA STREET, HATIKHOLA, BOLIGATA, HOOGHLY, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: UNEMPLOYED	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): [X] MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60000	Attach Proof of Income (आपका आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. (आपकी PAN संख्या)	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes [X] / No []			
FAMILY DETAILS (परिवार के सदस्य)				
Sr. No. (क्र. संख्या)	Name of Family Member (सदस्य का नाम)	Age (Years) (उम्र)	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आपके साथ संबंध)
1.	SUBRATA KUNDU	71	M	SELF
2.	TARATI KUNDU	56	F	WIFE
3.	SUMIT KUNDU	37	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवक्षित आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों की पहचान करने वाला कार्ड। (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जनता आयोग का प्रमाण पत्र। (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें।)	Vaidya Card (Attach Card Copy) आरोग्य कार्ड। (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें।)	Any Other Basis/Proof कोई अन्य आधार/प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्नलिखित कारण बताएं:				
Sr. No. (क्र. संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुमानित/निर्देशों के साथ जोड़े गए चिकित्सकीय रिपोर्टें/प्रमाण			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है या नहीं?				
Sr. No. (क्र. संख्या)	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी कितनी राशि मिल रही है	

