

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2212
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 02-01-2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: UDAY KRISHNA MONDAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 60
SEX M

FATHER/SPOUSE'S NAME: MANMATHA MONDAL
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

52, SARDAR PANA KACHUKHALE GOSHA
SOUTH 24 PARANAYAS WEST ISERGAH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: FARMER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1500 x 12 = 18,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	UDAY KRISHNA MONDAL	60	M	SELF
2.	SARAMA MONDAL	48	F	WIFE
3.	PRONAY MONDAL	24	M	SON

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE
2.	SURGERY - L.E. - (SEPT-10-16)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशी

