

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0389/2305** APPLICATION DATE: **15-01-2019**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **SNEHALATA MONDAL** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **54** SEX / लिंग: **F**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:  
**PASCHIM PARA SOUTH ANGADIGERIA, CANNING, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता  
**AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **LABOURER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **Rs 12-00 x 12 = 14,400/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या: **AS ABOVE**  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): **Yes / हाँ**

**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 संबंध
1	SNEHALATA MONDAL	54	F	SELF
2	DEBARI MONDAL	21	F	DAUGHTER
3	KALATI MONDAL	18	F	DAUGHTER
4	MINOTI MONDAL	26	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / जापनामा/दवाखत से जारी की गई दवाखत सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE.
2	SURGERY - LE (STICS + LAL)

**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 / ली गई सहायता राशि

