

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0225/1839** APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: **5/2/25**

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: **BANABASI MUNDA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **77** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/कटुम्ब का नाम: **MUNIRAM MUNDA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
MANIPUR
NORTH 24 PARGANAS 743446
WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थाई आवासीय पता:
AS ABOVE



OCCUPATION: / व्यवसाय: **HOUSE WIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): /

TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: **5000 x 12 = 60000** (Attach Proof of income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्वयं छाता संख्या: _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध
1.	BANABASI MUNDA	77	F	SELF
2.	NIRANJAN MUNDA	41	M	SON
3.	ANANDA MUNDA	44	M	SON
4.				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): / सहायता के लिये विनती आधार

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

"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 प्रतिकेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS+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 / ली गई सहायता राशि

