

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/6225/2015 APPLICATION DATE : 22/02/25  
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : NITAI MUNSI AGE-YEARS 58 SEX M  
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ANIL MUNSI  
 पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 175 NEW COLONY PANIKAT NORTH 29 PARAGANAS 700114  
 वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE  
 स्थायी निवास पता



OCCUPATION : FARMER MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 4500 x 12 = 54000 (Attach Proof of Income)  
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या  
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): 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 से संबंध
1	NITAI MUNSI	58	M	SELF
2	SARASWATI MUNSI	57	F	WIFE
3	SAMIR MUNSI	29	M	SON

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2	SURGERY — LE (SICS + JOU)

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 ली गई सहायता राशी

