

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0524/0249**
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **25/05/24**
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **SUNIL MONDAL**
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS **62**
 आयु-वर्ष

SEX **M**
 लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **ISWAR SAHADEB MONDAL**
 पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान आवासीय पता**

**SOUTH HALDIGHAMA NORTH TWENTY FOUR
 PARAGANA 743439
 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थायी आवासीय पता**

AS ABOVE

OCCUPATION: **FARMER**
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **5000 X 12 = 60,000**
 वार्षिक आय

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

PAN No. **स्थायी खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू हो उस पर खींचें या 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 संबंध
1.	SUNIL MONDAL	62	M	SELF
2.	BHARATI MONDAL	57	F	WIFE
3.	GOPAL MONDAL	33	M	SON
4.	NEPAL MONDAL	33	M	SON

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) परीची रैखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गए किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
	SURGERY - LE - (MCS+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 सी गई सहायता राशि

