

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/1123/0812**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **11/11/23**
आवेदन तिथि

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

AGE-YEARS **70** / SEX **M**
वयु-वर्ष / लिंग

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **DAVIDPUR, HATAKHOLA, NORTH TWENTY FOUR
PARAGANAS, 743611, WEST BENGAL**
वर्तमान आवासीय पता

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

OCCUPATION: **FARMER**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **4000 X 12 = 48000**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **स्वास्थ्य खाता 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 / हाँ**

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.	NIRAPADA MONDAL	70	M	SELF
2.	SUCHITRA MONDAL	58	F	WIFE
3.	MRINAL MONDAL	47	M	SUN
4.	SHYAMALI MONDAL	50	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) एनपीडी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> 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 प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICTSF IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED सी गई सहायता राशि

