

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/1123/0834**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **15/11/23**
आवेदन तिथि

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

AGE-YEARS **61** वर्ष-वर्ष

SEX **M** लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **ANUKUL MONDAL**
पिता/कटुम्प का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

CHUNAKHALI, SOUTH 24 PARGANAS, TMSG11,

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: **LABOURER**
व्यवसाय

MARRIED (गिण्डित) / UNMARRIED (अगिण्डित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **5000x12 = 60000/-**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **स्थाई खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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.	PASHUPATI MONDAL	M	61	SELF
2.	KATNA MONDAL	F	52	WIFE
3.	RAHUL MONDAL	M	27	SON
4.	BIJAY MONDAL	M	23	SON
5.	KABERT MONDAL	F	20	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ऊपरी आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SIOS + 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 जो यह सहायता रही

