

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: M/1122/0474 APPLICATION DATE: 12/11/2022
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: GOLEHAR MONDAL AGE-YEARS आयु-वर्ष 59 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HAYDAR ALI MONDAL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास का पता
RAMCHANDRAPUR, SHERPUR, MIDRAHAT-1
SOUTH 24 PARGANAS, 743513, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (यहाँ खाली रखें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार का 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.	GOLEHAR MONDAL	59	F	SELF
2.	HAYDAR ALI MONDAL	64	M	HUSBAND
3.	MUSTAFA MONDAL	37	M	SON
4.	KARMEERA MONDAL	39	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प-आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ 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 प्रतिवेदन 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 ली जा चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
------------------------	---	---

