

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1010/1699 APPLICATION DATE: 11/10/2019  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : HEMLATA PURKAIT AGE-YEARS आयु-वर्ष 61 SEX लिंग F  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PRAHLAD KUMAR PURKAIT  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : पञ्चानन अग्रहासेय पहा  
PANCHANAN, HANDEE BAZAR, SOUTH 24  
PARGANAS 743336, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी अग्रहासेय पहा

— AS ABOVE —



OCCUPATION : HOUSE WIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600 X 12 = 19200/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गहरी का निशान लगाएँ) 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.	HEMLATA PURKAIT	61	F	SELF
2.	PRAHLAD PURKAIT	72	M	HUSBAND
3.	PROLOY PURKAIT	35	M	SON
4.	PRANEELIKA PURKAIT	31	F	DAUGHTER
5.	MALAKIKA PURKAIT	29	F	DAUGHTER
6.	KUHELIKA PURKAIT	38	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) पटीकी 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) उपभोज्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"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 - RE
2.	SURGERY - RE (SIICS + 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

