

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षामाल)



APPLICATION No.: K/0126/2292 APPLICATION DATE: 29.01.2026
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: PUTUL RANI SARKAR AGE-YEARS आयु-वर्ष 59 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHANKAR SARKAR
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MAHENDUR, TAKHIMUNDUR, HINGALGANJ,
NORTH 24 PARGANAS - 743935, WEST
BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: COOK MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000 X 12 = 36,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाल रखें
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो कान्य हो उस पर सही का 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 सम्बन्ध
1	PUTUL RANI SARKAR	59	F	SELF
2	ANUBHAW SARKAR	22	M	SON
3	JAYA SARKAR	17	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपाण पर (उपाण पर की छात्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपाण पर (उपाण पर की छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उपाण पर की छात्र प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्ये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTICS - CATARACT(RE)
2.	SURGERY(RE) - SICSTIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौ पर्य सहायता पुरी

