

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0126/2298** APPLICATION DATE: **28.01.2026**
 आवेदन संख्या: **K/0126/2298** आवेदन तिथि: **28.01.2026**

NAME of APPLICANT: **MANJU DAS** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **65** SEX लिंग: **F**
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **PANCHANAN JANA**
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
UTTAR HAMRUPUR, TAKINAMRUPUR, NORTH 24 PARGANAS - 743435, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
AS ABOVE



OCCUPATION: **HOUSE WIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **1000 x 12 = 12,000/-** (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 से संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1. | MANJU DAS | 65 | F | SELF |
| 2. | CHAITO DAS | 23 | M | SON |
| 3. | NAYAN DAS | 28 | M | SON |
| 4. | PURNIMA DAS | 17 | F | DAUGHTER |

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये निवृत्ती 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) - STICS + IOL |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

