

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0126/2299  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 23.01.2026  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ANILA KANDAR  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष  
53

SEX लिंग  
F

FATHER/SPOUSE'S NAME : NIKHIL KANDAR  
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : ~~पश्चिम बंगाल का~~

PASCHIA MAMUDPUR, NORTH 24 PARGANAS  
743435, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : ~~स्थायी निवास का~~

AS ABOVE



OCCUPATION : BEUTICIAN  
उद्योग

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 3000 X 12 = 36,000/-  
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 लगावे)

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.	ANILA KANDAR	53	F	SELF
2.	NIKHIL KANDAR	62	M	HUSBAND
3.	ARJIT KANDAR	27	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का पीछे 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 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 (RE)
2.	SURGERY (RE) - STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED तो गई सहायता राशि

