

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0226/2476**  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **16.02.2026**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **TULSI RANE PAL**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **79**  
आयु-वर्ष

SEX **F**  
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **BALAJI CHANDR PAL**  
पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान आवासीय पता**

**(SANDIRHAT) NORTH 24 PARAGANAS - JHARKHAND, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थायी आवासीय पता**

**AS ABOVE**



OCCUPATION: **HOUSEWIFE**  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **1000 X 12 = 12,000/-**  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **स्थायी खात संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No  
हां / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1.                     | <b>TULSI RANI PAL</b>                             | <b>79</b>                  | <b>F</b>       | <b>SELF</b>                                     |
| 2.                     | <b>GOPAL PAL</b>                                  | <b>76</b>                  | <b>M</b>       | <b>SON</b>                                      |
| 3.                     | <b>SANDHYA PAL</b>                                | <b>23</b>                  | <b>F</b>       | <b>DAUGHTER</b>                                 |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1.                     | <b>DIAGNOSIS - CATARACT (RE)</b>   |
| 2.                     | <b>SURGERY (RE) - SILCS + IOL</b>  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लौ गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
|                        |   |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |

