

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : W/0226/2521 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 23.02.2026

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

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम MOTILAL DEY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
11/13, 104 BT ROAD, BARANPUR - 700108, WEST

BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता  
AS ABOVE



OCCUPATION : व्यवसाय HOUSEWIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 2000 x 12 = 24,000/- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थाई खास संख्या  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुक है (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाये) 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.	<u>MITALI BHANJA</u>	<u>61</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>SWAPAN BHANJA</u>	<u>25</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>
3.	<u>KUNTAL BHANJA</u>	<u>28</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र को 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.	<u>DIAGNOSIS - CATARACT (L)</u>
2.	<u>SURGERY (L) - STIC-HOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 हो गई सहायता राशी

