

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0126/2113** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **04.01.2026**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **FATEMA BIBI** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **67** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम: **PANCHU GAZI**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **BARDHAMAN, HASNABAD, NORTH 24 PARGANAS - 743426, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSE WIFE** MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित):

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **1000 X 12 = 12000/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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.	FATEMA BIBI	67	F	SELF
2.	AMIRUL GAZI	40	M	SON
3.	JAMRUL GAZI	38	M	SON
4.	SAMSUR GAZI	32	M	SON
5.	SADANARA BIBI	27	F	DAUGHTER
6.	ADMIRA BIBI	23	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विनती 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) - SICSTIOL

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

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

