

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0126/2201** APPLICATION DATE: **13.01.2026**
 आवेदन संख्या: **K/0126/2201** आवेदन तिथि: **13.01.2026**
 NAME of APPLICANT: **HASINA MAJHI** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **60** SEX लिंग: **F**
 आवेदक का नाम: **HASINA MAJHI**
 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **SK. HOSSEN**
 पिता/कटुम्ब का नाम: **SK. HOSSEN**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
MADHAYAPARA, CHENGAIL, HOWRAH-711308,
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
AS ABOVE

OCCUPATION: **HOUSEWIFE** MARRIED (विद्यमान) / UNMARRIED (अविवाहित)
 व्यवसाय: **HOUSEWIFE**
 TOTAL ANNUAL INCOME: **1000 X 12 = 12,000/-** (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय: **1000 X 12 = 12,000/-** (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / हाँ / No / 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 संबंध
1.	HASINA MAJHI	60	F	SELF
2.	MAJHI HASIBUL	38	M	SON
3.	MARVEA KHATOON	26	F	DAUGHTER
4.	SARIFA BEGUM	29	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगता 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 विनती का उद्देश्य:
 Medical Reports/Prescriptions Attached
 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTICS - CATARACT (RE)
2.	SURGERY (RE) - SILS + IOL

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

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

