

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0126/22 60**  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **20.01.2026**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **CHANDI DAS**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **60**  
SEX लिंग: **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME: **HARIPADA DAS**  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**133, HANORANTAN ROY NAGAR B, BARANAGAR  
NORTH 24 PARGANAS - 700090,  
WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
**AS ABOVE**



OCCUPATION: **FARMER**  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **2000 x 12 = 24,000/-**  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. प्राप्त कार्ड संख्या

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

Yes / No  
हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member सदस्य के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	CHANDI DAS	60	M	SELF
2.	TAPATI DAS	33	F	WIFE
3.	CHITRANJEE DAS	24	F	SON
4.	MAUSUMI DAS	17	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) बतरीको रखा के साथ 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) उपभोग्य 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 निम्न 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) - SILCS + 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 सी गई सहायता राशी

