

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0126/2282**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **24.01.2026**
अर्जन तिथि

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

AGE-YEARS **41** SEX **F**
वर्ष-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **KAILAS DAS**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान आवासीय पता**

38/3/1, FARID BAGAN SARKIA, HOORA, 71101, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **स्थायी आवासीय पता**

AS ABOVE



OCCUPATION : **BEAUTICIAN**
व्यवसाय

MARRIED (निकाहित) / UNMARRIED (अनिकाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **3000 X 12 = 36,000/-**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **स्पाई खाता संख्या**

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

Yes / No
हां / 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.	JYOTI DAS	41	F	SELF
2.	KAILAS DAS	49	M	HUSBAND
3.	SAYEM DAS	20	M	SON
4.	ANMOL DAS	16	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता को लिये विनियम आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोगकर्ता कार्ड (उपभोग पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन धुंधी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (RE)
2.	SURGERY (RE) - SICI+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 ली गई सहायता राशि

