

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0929/0846** .. APPLICATION DATE : **29/09/24**  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **RITIKA BEOYA PUROKAIT** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **68** SEX लिंग : **F**  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **MANIK PUROKAIT**  
पिता/कन्ये का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **मानान आवासीय पता**  
**MANSHAKHA, PURSA SANKARDAHA, SANDESH -**  
**KHALI-1, NORTH 24 PARGANAS 743442,**  
**WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

**- AS ABOVE -**



OCCUPATION : **HOUSE WIFE**  
व्यवसाय

**MARRIED** (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **5000x12 = 60,000/-**  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. नम्बर् छाल 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.	<b>RITIKA BEOYA PUROKAIT</b>	<b>68</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>MANIK PUROKAIT</b>	<b>70</b>	<b>M</b>	<b>HUSBAND</b>
3.	<b>ICHHA PUROKAIT</b>	<b>46</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
4.	<b>MUCHHA PUROKAIT</b>	<b>42</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
5.	<b>ISRAIL PUROKAIT</b>	<b>39</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
6.	<b>AMENA BISHI</b>	<b>35</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्यपेक्षा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये किति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<b>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</b>
	<b>SURGERY — RE (SR'S + IOL)</b>

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 राशी

