

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0541

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11.04.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

TAPAN DUTTA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

77

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

DEBBENDRA DUTTA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

65 APRAKASHA MUKHERJEE LANE, WARD NO-
26, 25, SHIBPUR, SADAK, HOWRAH,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

UN EMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 संबंध
1.	TAPAN DUTTA	77	M	SELF
2.	EIA DUTTA	68	F	WIFE
3.	PRANAB DUTTA	43	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवश्यकता के लिए चिह्नित करें

BPL Card (Attach Card Copy) रशियन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विवेचन करने के लिए का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असमर्थता/दवाखाना से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED ले गई सहायता राशि

