

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0545

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11.07.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SANDHYA KHANDA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SHAMBAHU KHANDA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास का

21/11/17 SHYAMBAHU DHAR ROAD GALLY,  
SAHAR, HOWRAH, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास का

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो वाक्य जो उस पर सही का विवरण बतावे):

Yes / हाँ

No / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से आपका संबंध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1.                     | SANDHYA KHANDA                                  | 57                         | F              | SELF                                           |
| 2.                     | SHAMBAHU KHANDA                                 | 67                         | M              | HUSBAND                                        |
| 3.                     | SHYAMBAHU KHANDA                                | 36                         | M              | SON                                            |
| 4.                     | TAPAN KHANDA                                    | 30                         | M              | SON                                            |
| 5.                     | SUNITA KHANDA                                   | 28                         | F              | DAUGHTER                                       |
| 6.                     | NAMITA KHANDA                                   | 25                         | F              | DAUGHTER                                       |
|                        |                                                 |                            |                |                                                |
|                        |                                                 |                            |                |                                                |
|                        |                                                 |                            |                |                                                |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियमित आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                 |                                                                                            |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशन से लेने प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EMS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे किसे किसका उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आयुर्वेदिक/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़े की गई प्रमाणित प्रमाण |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                          |
| 2.                     | SURGERY - RE (SICS + IOL)                                                                          |
|                        |                                                                                                    |
|                        |                                                                                                    |
|                        |                                                                                                    |
|                        |                                                                                                    |
|                        |                                                                                                    |
|                        |                                                                                                    |

## ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे आय स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED<br>जो कि सहायता पानी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

