

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0717/0548

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11.07.24

NAME of APPLICANT:

आवेदन का नाम

PRADIP RAJAK

AGE-YEARS वर्ग-वर्ष

45

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

RAM SCHARUP RAJAK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

SILIGUHA GHOSHANGA DHAR ROAD, SILIGUHA,
HOWRAH, 711204, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

CONTRACT LABOUR

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS. 2000 x 12 = 24,000/-

(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 करदाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes (हाँ)

No (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 आवेदन के साथ संबंध
1.	PRADIP RAJAK	45	M	SELF
2.	MARGALI RAJAK	37	F	WIFE
3.	RAHUL RAJAK	15	M	SON
4.	RAHIT RAJAK	12	M	SON
5.	PRIYANKA RAJAK	9	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) रशिये कार्ड के 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) रशिये कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अपवादा/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़े की गई डॉक्टर सूची संलग्न
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 किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ले गई सहायता राशि

