

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. : K/0717/0552

APPLICATION DATE : 11.07.17

NAME of APPLICANT : DHANU DEVI

AGE-YEARS : 70

SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ARJUN THAKUR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

20/4 BHUJANGA DHAR ROAD PATRA PARA
LILUAH, HOORAH, 711204, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : नहीं दिया गया

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. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	DHANU DEVI	70	F	SELF
2.	ARJUN THAKUR	77	M	HUSBAND
3.	NIKANTAN THAKUR	46	M	SON
4.	PULI THAKUR	43	F	DAUGHTER
5.	MANTI THAKUR	40	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के निम्न विधि अपनाएं

BPL Card (Attach Card Copy) पोषण रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आग वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक/प्राप्ति के जारी की गई डॉक्टर/चिकित्सक सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (LICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED ले गई सहायता राशि

