

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0600

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/08/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MIHIR PAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

BISHNUPADA PAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

ASTANA ROAD, BASIRHAT-1, NORTH 24
PARAGANAS, 742411, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : पारंपरिक आवासीय पता

A.S ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पैन नंबर

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 'X' का चिह्न लगाएं)

Yes/No

हां/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 से संबंध
1.	MIHIR PAL	65	M	SELF
2.	KRISHNA PAL	56	F	WIFE
3.	SAMBIT PAL	33	M	SON
4.	TANUSRI PAL	30	F	DAUGHTER
5.	ANUSRI PAL	27	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत संलग्न करें)	EMS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्य/चिकित्सा से कार्ड की प्रत संलग्न करनी होगी
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED उसी हेतु सहायता राशि

