

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 Foundation
 Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0717/0608

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

14/02/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ABDUL MALEK MONDAL

AGE/YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

MD. KASHEM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

 KALONIPADA (MALTA-TYANKA) DIGHARA
 MALIK BARIYA HABRA, NORTH 24 PARGANAS,
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS. 15000/2018000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. टैक्स आईडी संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes (MC)

हाँ (सही)

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.	ABDUL MALEK MONDAL	63	M	SELF
2.	NURJAHAN HUSI	55	F	WIFE
3.	SALMA BIBI	52	F	DAUGHTER
4.	TAFIKARUL HASUF	50	M	SON
5.	ANDADUL HASUF	42	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) रश्वरी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EMS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का 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 सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIOS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो यह सहायता होगी

