

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: NNN/0617/0083

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 26/04/17

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SANKAR PRASAD JANA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

40

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

KANAI LAL JANA (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

VILL - KRISHANANAHAR - P.O - DO - P.C - KHEJU -

RI : DIST - PASCHIM MEDINIPUR

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवास पता

DO.

OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000 (YEARLY)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. सथाई कर का संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का निशान 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 के साथ सम्बन्ध
1.	KANAI LAL JANA	61	M	FATHER.
2.	SOURAV JANA	28	M	SON.
3.	SUMAN JANA	25	M	SON.
4.	ANUPAMA JANA	23	F	SO-DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)गरीबी रेश का नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की कतार प्रती संलग्न करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)आय आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की कतार प्रती संलग्न करें)Ration Card
(Attach Copy)उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण पत्र की कतार प्रती संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1. DIAGNOSIS - LE - SECONDARY GLAUCOMA.

SURGERY - LE - TRABECULO WITH AN. MITOMYCIN.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

हरी गई सहायता धरती

N. M. A. N. N. N.

