

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: NNN/0817/0171

APPLICATION DATE: 13/08/2017

NAME of APPLICANT: LAXMI GUCHHAIT

AGE-YEARS: 60

SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BIKASH GUCHHAIT (SON)

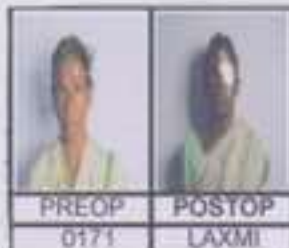
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासी पता

VILL-HARAP: P.O.-DO, P.S.-BAHMAN

DIST-HOWRAH: W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासी पता

DO.



OCCUPATION: HOUSE WIFE (FARMER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000 ₹ (Yearly)

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सत्यापित खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो कानून हो उस पर सही 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 के साथ सम्बन्ध
1.	LET- NIMAI GUCHHAIT	45	M	HUSBAND
2.	BIKASH GUCHHAIT	48	M	SON.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - IE NUCLEAR SCLEROSIS I.H.S.C.
2.	SURGERY - SIDS WITH RT IOL.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
	V.M.A.N.N.N.	

