

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of life

APPLICATION No. : NNN/0817/0172

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 13/08/2017

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SAMTA RANI MIDDYA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LATIKANTA MIDDYA (SON)

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILL - HATURIA S. P.O - DO : P.S - BAHNAN.

DIST - HOWRAH : W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

DO.



OCCUPATION : HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 30,000/- (YEARLY)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. रणार्थ छात्र संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो 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.	LET - GOUR MIDDYA	62	M	HUSBAND
2.	LATIKANTA MIDDYA	50	M	SON
3.	SUSANTA MIDDYA	40	F	SON-IN-LAW
4.	MARGALDIP MIDDYA	15	M	GRAND CHILD

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवकाश/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RE - NUCLEAR SCLEROSIS II PRSC
2.	SURGERY - YES WITH PAIN.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

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

