

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0917/0842 APPLICATION DATE: 04/09/17
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ASMA KHATUN AGE-YEARS मातृ-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 48 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ANOWAR ALI
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

485, G.T. ROAD (S) 36 SHIBPUR HOWRAH
- 711102, WEST-BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: MAID SERVANT

TOTAL ANNUAL INCOME: RS- 8000/12 = 9600/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का आय प्रमाण)

PAN No. स्थायी आय प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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.	ASMA KHATUN	48	F	SELF
2.	ANOWAR ALI	55	M	HUSBAND
3.	MONIRUL ALI	29	M	SON
4.	REZIA BEGUM	20	F	DAUGHTER IN LAW
5.	SK NISWAN	1	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी अथवा

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विवरी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी

