

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

K/0917/0864

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

05.09.17

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

DULALI DAS

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

51

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

LATE BONENA DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

83, RASKUMAR MUKHERJEE ROAD, BARNANAGAR,
(M), ALAM BAZAR, NORTH 24 PARGANAS-700035
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:
व्यवसाय

SERVANT

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

RS-500X12=6000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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)
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.	DULALI DAS	51	F	SELF
2.	PRITHVIRAM DAS	60	M	HUSBAND
3.	ABHAN DAS	35	M	SON
4.	SHAM KORI DAS	27	F	DAUGHTER IN LAW
5.	SANJANA DAS	10	F	GRAND DAUGHTER
6.	ROHIT DAS	8	M	GRAND SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (आय का प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (आय का प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आय का प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये चिह्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के 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 इस हेतु सहायता राशि

