

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0917/0881

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05.09.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ANUP HALDER

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late ANNI HALDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

KAMPUR - DIAMOND HERBIVA
24 PGS (S) - 743332 WB INDIA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same As above.

OCCUPATION:

व्यवसाय

CROUCHING

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60000/- (N/A)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर 'X' का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	ANUP HALDER	52	M	SELF
2.	ANNI HALDER	43	F	WIFE
3.	BANGASRI HALDER	23	F	DAUGHTER
4.	BAKASRI HALDER	21	F	"
5.	TANUSRI HALDER	19	F	"
6.	SOHASRI HALDER	16	F	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RE VITREOUS HAEMORRAGE
2.	Treatment - RE - PPVT ELT 501 LA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?

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

