

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0917/0965

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09.09.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BABU MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

62

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

PANCHANAN MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KAHAR PARA ROAD, NEAR ASHUTOSH CLUB,
DANDIRHAT (AMTALA), NORTH 24 PARGANAS,
743412, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 1500 X 12 = 18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर पayer हैं (जो मान्य हो उस पर छापी 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.	BABU MANDAL	62	M	SELF
2.	MOUMITA MANDAL	57	F	WIFE
3.	SANKAR MANDAL	33	M	SON
4.	SUKANTA MANDAL	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकार्ड का प्रतिलिपि प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्यक्तिगत कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कबे निम्नलिखित का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 इस पर सहायता कसी

