

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/0717/0971	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	09.09.17
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	MARJINA BIBI	AGE-YEARS आयु-वर्ष	47
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम	ABUKHALEK GAZI		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता			
DAYA GACHAI NAGRA NAJHER POKH, RAJENDRAPUR, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS, 743422, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता			
AS ABOVE			



OCCUPATION : व्यवसाय	LABOUR		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	RS. 1200 x 12 = 14,400/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. : आय का संचालन			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 के साथ सम्बन्ध
1.	MARJINA BIBI	47	F	SELF
2.	ABUKHALEK GAZI	53	M	HUSBAND
3.	SAMRIN KHATUN	25	F	DAUGHTER
4.	MAIDUL GAZI	23	M	SON
5.	NAZMA KHATUN	18	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWIS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवक्षित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची 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 लिये गयी है?

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

