

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

K/10/2/1038

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 09.10.17

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

SEKH NEHERALI

आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

SAMI RADDI

पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

BHIBGUNJ, PURBA PARA, BASANTI,
SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

LABOUR

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

RS. 1600 x 12 = 19,200/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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.	SEKH NEHERALI	64	M	SELF
2.	OMICHHA SEKH	56	F	WIFE
3.	REHENA SEKH	36	F	DAUGHTER
4.	SAMIKAN SEKH	28	F	DAUGHTER
5.	SUKINA SEKH	25	F	DAUGHTER
6.	SAMIKUN SEKH	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी 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 (SHC'S + 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 उसी हेतु सहायता राशि

