

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0112/1653

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05/01/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ARCHANA GHOSH

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

49

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

TAPAN GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Tb. CHHOTO MOLLAKHATI HEALTH CENTER PARA
GOSABA, SOUTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS. 1200X12 = 14,400/-

(Attach Proof of Income)

(आप का राज्य संलग्न)

PAN No. स्थायी राजस्व पहचान संख्या

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

क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

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.	ARCHANA GHOSH	49	F	SELF
2.	TAPAN KR. GHOSH	56	M	HUSBAND
3.	ARCHITA GHOSH	05	F	DAUGHTER
4.	ARJIT GHOSH	21	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पीबीसी कार्ड के नक़्क़े 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सत्य
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती 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 (SICST+101)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 ले गई सहायता राशि

