

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0118/1729

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/01/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

REKHA SINGHA

AGE-YEARS वय-वर्ष

65y

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

BIMAL SINGHA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

15A SHIB SHANKAR MALLICK LANE
KOLKATA - 700004, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- SAME AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

NIL (Patient house wife)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

6000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी राजस्व संख्या

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

क्या आप आय कर पत्रक हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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.	REKHA SINGHA	65	F	Self
2.	BIMAL SINGHA	72	M	Husband
3.	Shyamal Singha	42	M	Son
4.	Subhas Singha	33	F	daughter in law
5.	Debasati Singha	5	F	Grand daughter
6.	Hrishikesh Singha	11	M	Grand son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कौन निशान का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनसंख्या/टीसीसी से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - Prostatic Tor (T/E)
	Surgery - PPV + Secondary Tor - Irreversible Tor explantation in LA (L/E)

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 सही गई सहायता राशि

