

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 511218/337 (1122118)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 24/12/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Murayam Mandal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

(M)

FATHER/SPOUSE'S NAME:
पिता/सहोदर का नाम

Loti Jotish Mandal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

TH. 33 JJ Indira Camp, Gindraspur N Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

Rs. 60000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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)	Phalguna	63	F	Wife
(2)	Shankari	28	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोपरी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छवि प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय एवं वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छवि प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदोस्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छवि प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विनंति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रक्तजात/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि एवं सूची संलग्न
	Diagn. RE Cancer
	Surge RE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED तो गई सहायता राशी

