

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building block of life

APPLICATION No. : K/1218/1727

APPLICATION DATE : 05/12/18

NAME of APPLICANT : MANTU DOLU

AGE-YEARS : 63

SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : GULIRAM DOLU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DOLU, KHALDIA, TEHATA, KANTABERIA,

OLDBERIA, HOORAH, HILLAB, WEST BANGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

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

PAN No. : 9999 9999 9999

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय करदाता हैं (को यहाँ से उचित चिह्न दें)Yes/No  
हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्र. सं. | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|---------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1.                  | MANTU DOLU                                      | 63                         | F              | SELF                                          |
| 2.                  | ASTU DOLU                                       | 34                         | M              | SON                                           |
| 3.                  | SWARN DOLU                                      | 31                         | M              | SON                                           |
| 4.                  | KHEERAM DOLU                                    | 29                         | M              | SON                                           |
|                     |                                                 |                            |                |                                               |
|                     |                                                 |                            |                |                                               |
|                     |                                                 |                            |                |                                               |
|                     |                                                 |                            |                |                                               |
|                     |                                                 |                            |                |                                               |

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

|                                                                                                        |                                                                                                                         |                                                                                         |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| EPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>एप्ली कार्ड के प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>एयस सीरटिफिकेट का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई आधार |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कब निम्न का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्र. सं. | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रमाण पत्र |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                  | DIAGNOSTICS - CATARACT LE                                                                    |
| 2.                  | SURGERY - LE (SICS+IOL)                                                                      |
|                     |                                                                                              |
|                     |                                                                                              |
|                     |                                                                                              |
|                     |                                                                                              |
|                     |                                                                                              |
|                     |                                                                                              |

## ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

| Sr. No.<br>क्र. सं. | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED<br>तो कितनी सहायता मिली |
|---------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                     |                                           |                                                            |
|                     |                                           |                                                            |
|                     |                                           |                                                            |
|                     |                                           |                                                            |

