

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : K/1218/1731

APPLICATION DATE : 05/12/18

NAME of APPLICANT : JADA BAG

AGE-YEARS 76

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TARAK BAG

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : BONTALA, HOWRAH, 71315, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : [Blank]

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

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	JADA BAG	76	F	SELF
2	TARAK BAG	86	M	HUSBAND
3	MANIK BAG	59	M	SON
4	KALPANA DAS	81	F	DAUGHTER
5	ALPANA PARI	48	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति योग्य को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जाय प्रति योग्य को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पर की जाय प्रति योग्य को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे किसे किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RE
2.	SURGERY-RE (JICSTHOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे किसे से प्राप्त होगी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि

