

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: K/1218/1751

APPLICATION DATE: 05/12/18

NAME of APPLICANT: FULSURA BEGUM

AGE-YEARS 70

SEX F

FATHER/SPOUSE'S NAME: Q. UABAT SAHA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

KARATBERIA, ULBARIA, HOWRAH,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

PAN No. XXXX XXXX XXXX

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

Yes / No

आप आय कर कादा है (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 से संबंध
1.	FULSURA BEGUM	70	F	SELF
2.	Q. UABAT SAHA	72	M	SON
3.	BHUBI BHAU	65	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगप्रमाण/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़े कोई भी प्रमाणित दवाई प्रमाण
1.	DIAGNOSIS- CATARACT-LE
2.	SURGERY- LP (STC 9710L)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED सी गई सहायता राशी

