

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : K/1218/1759 APPLICATION DATE : 06/12/18

NAME of APPLICANT : ANIMA GAINE AGE-YEARS : 49 SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : KARTIK CHANDRA DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : गुरुकुल आश्रम राहा

GURUDIPUR, BISHNUPUR-II, KHALAPATA, NORTH 24 PARGANAS, 743428, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : गुरुकुल आश्रम राहा

AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)

PAN No. : गुरुकुल आश्रम राहा

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर का दाता हैं (अगर हाँ तो इस पर तिकी 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.	ANILA GAINE	49	F	WIFE
2.	ASUTOSH GAINE	60	M	HUSBAND
3.	KARISH GAINE	25	M	SON
4.	KARISH GAINE	21	M	SON
5.	RAHUL GAINE	12	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अन्नपेकड़ कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिवर्तित करने वाली वस्तु का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्थापना/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CHANAKA-LE
2.	CHANAKA-LE (SUSPECT)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

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

