

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : K/1218/1792

APPLICATION DATE : 7/12/18

NAME of APPLICANT : NABA KUMAR SINGHA ROY

AGE-YEARS : 61

SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BUDHIR SINGHA ROY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : ANWIPUR, RAJENDRAPUR, NORTH 24 PARAGANAS

743291, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : UNEMPLOYED

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 से क्या सम्बन्ध
1	NABA KUMAR SINGHA ROY	61	M	SELF
2	MAAYA SINGHA ROY	56	F	WIFE
3	SANJAY SINGHA ROY	23	M	SON
4	MAHANI NATH	05	F	DAUGHTER
5	CHANDANA SANFUI	21	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवश्यकता के सिद्धि के आधार पर

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के कोचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (SUCCESSFUL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

