

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1218/1798

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SELIMA LASKAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

AB. RAHID LASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 KAKAPARA ALIPUR GAHARU JAYNAGAR-1,  
 SOUTH 24 PARGANAS 741332,  
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन संख्या दर्ज करें

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

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

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | SELIMA LASKAR                                     | 75                         | F              | SELF                                            |
| 2                      | RAHID LASKAR                                      | 40                         | M              | SON                                             |
| 3                      | ALLEN LASKAR                                      | 39                         | M              | SON                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निर्दिष्ट आधार

|                                                                                                                           |                                                                                                                             |                                                                                                     |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>SPL Card</b><br>(Attach Card Copy)<br>राष्ट्रीय रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट प्रस्तुत करें) | <b>EWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट प्रस्तुत करें) | <b>Ration Card</b><br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट प्रस्तुत करें) | <b>Any Other Basis/Proof</b><br>अन्य कोई प्रमाण |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य निर्दिष्ट करें:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>रोगप्रमाण/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित सूची प्रस्तुत करें |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | DIAGNOSIS - CATARACT - LP                                                                                     |
| 2                      | Surgery, Lc (Succentrot)                                                                                      |
|                        |                                                                                                               |
|                        |                                                                                                               |
|                        |                                                                                                               |
|                        |                                                                                                               |
|                        |                                                                                                               |
|                        |                                                                                                               |
|                        |                                                                                                               |

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

