

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K/1218/1802

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

7/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

KASHNA KALSA (BARU)

AGE-YEARS आयु-वर्ष

39

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

TAPAN BARU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

KHAIRAT BASTI, KHAIRAT ROAD,
SANDESHKHALI, NORTH 24 PARAGANAS,
743442, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को ध्यान दें उस पर चिह्न का निशान लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध
1.	KRISHNA KALSA (BARU)	39	F	SELF
2.	TAPAN BARU	40	M	HUSBAND
3.	DIPANKAR BARU	19	M	SON
4.	SUNAMKAR BARU	18	M	SON
5.	DIPKA BARU	14	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी को गई डॉक्टरों सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SCIT) (SCIT)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

