

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/1218/1804

APPLICATION DATE: 2/12/18

NAME of APPLICANT: GUNAMANI SARDAR

AGE-YEARS: 57

SEX: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: DEEPA SARDAR

PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS: PASHIM BARNASUR, INDOGHOLA, TANK PARA,
INDO SANGH, NORTH GUJARAT,
393442, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -



OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. -

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

Yes / No
हाँ / 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 आपके से क्या संबंध
1.	GUNAMANI SARDAR	57	F	SELF
2.	DEEPA SARDAR	62	M	HUSBAND
3.	KANAI SARDAR	35	M	SON
4.	MAHATI SARDAR	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आपका से किसे मिले बिना आपका

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आपका से हेतु किसे पत्र मिलने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका से हेतु किसे पत्र मिलने का उद्देश्य
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.
2.	SURGERY - RE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे मिलने का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सहायता का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कोई पत्र सहायता मिलने
------------------------	--	---

