

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन क्रमांक :

K/1218/1811

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

8/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

SUNITRA ROY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

F.

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

ANATHABANDHU ROY.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PASCHIM DAKSHIN BAGRAIPUR, SHIBHATI,
BAGURAT, NORTH 24 PARGANAS 743412,
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. यदि प्राप्त हो तो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्राय हो उस पर तिक करें या नहीं कर विवरण संलग्न करें)Yes / No
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 के साथ संबंध
1.	SUNITRA ROY.	69	F	SELF
2.	ANATHABANDHU ROY	80	M	HUSBAND
3.	BISWAJIT ROY	45	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (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 किसे करने विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.
2.	SURGERY - L (Surgical)

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

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

