

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1218/1812		APPLICATION DATE: 8/12/18					
NAME of APPLICANT: LAXMI MONTAL		AGE-YEARS 63		SEX F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NABAKUMAR MONTAL						 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 37, NABAKUMAR ROAD, NABAKUMAR, NORTH 24 PARAGANAS - 743411, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)					
PAN No. XXXXXX XXXX							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				Yes / No			
आप आय आय कर पayer हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 के साथ सम्बन्ध			
1.	LAXMI MONTAL	63	F	SELF			
2.	NABAKUMAR MONTAL	72	M	HUSBAND			
3.	RATAN MONTAL	99	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किसे करने निम्नी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - Cancer - Lg.						
2.	SURGERY - Lg (Gastric)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र को?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस पर सहायता राशि			

