

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/124/1841

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SUFIA BIBI SARDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

HASEM SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

 ROY PARA, BUDHOKHALI, CARINGING,

SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास 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. स्थायी आय कर संख्या

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

क्या आप आय करदाता हैं (को खत्म हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 से क्या सम्बन्ध
1.	SUFIA BIBI SARDAR	50	F	SELF.
2.	SULTAN SARDAR	22	M	SON
3.	MAFUSA KHATOON	25	F	DAUGHTER.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी ईका के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएस ईएस सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached सापेक्ष/प्रातिपक्ष से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- RE.
2.	SURGERY- RE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

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

