

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन क्रमांक:

K/128/1859

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

CHANCHALA DHAL

AGE-YEARS गुरु-वर्ष

68

SEX लिंग

F.

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

BISHNUPADA DHAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

P. ANDEPUR PASCHIMPARA CHUDAMALI BARASTI
SOUTH 24 PARGANAS DISTRICT 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 प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

क्या आप आय करदाता हैं (को यहाँ से उस पर चिह्न लगाएं):

Yes / No

हाँ / 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 संबंध
1.	CHANCHALA DHAL	68	F	SELF
2.	BISHNUPADA DHAL	75	M	HUSBAND
3.	ANIL DHAL	44	M	SON
4.	ANNA DHAL	40	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ें प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ें प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ें प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉल्डिरेन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.
2.	SURGERY - RE (SIC+101)

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 कोई प्रमाण प्रस्तुत करें

