

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Health of life.	
APPLICATION No.: ५१२४१८७३		APPLICATION DATE: १०/१२/१९			
NAME of APPLICANT: BOULA MANDAL		AGE-YEARS: ६३	SEX: F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: NAGENDRANATH MANDAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BACIHAT KASHHARI BARER TAKSHINASHA D BOM POT N KASHHAR NORTH W HARGANAS JUDHAI, WEST MEDGAUL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: HOUSE WIFE	MARRIED (विधिवि) / UNMARRIED (अविधिवि)				
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL	(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)				
PAN No. XXXX XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगा दें।)					
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 संबंध	
1.	BOULA MANDAL	63	F	SELF	
2.	NAGENDRANATH MANDAL	75	M	HUSBAND	
3.	RAMESH MANDAL	29	M	SON	
4.	PRIYANKA MANDAL	25	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति जोड़ने को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आर वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति जोड़ने को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति जोड़ने को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने वित्तों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगग्रस्त/टीका से जारी की गई डॉक्टरों सूची संलग्न				
1.	DIABETES - CATAMARAN - Re.				
2.	SURGERY. Re (SUGGESTION)				
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 तो यह सहायता कितनी			

