

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1248/1881

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

HARADHAN GANGULI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

PANCHANAN GANGULI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

201 BARASAT MUNICIPALITY NORTH 24
PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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

क्या आप आय कर पayer हैं (को चयन करें इस 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 संबंध
1.	HARADHAN GANGULI	65	M	SELF
2.	CHITALI GANGULI	52	F	WIFE
3.	ASHOK GANGULI	28	M	SON
4.	ANJANA GANGULI	25	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लाने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE.
2.	SURGERY - LE (SCLEROTOMY)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED लेने वाली सहायता राशि

