

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Stock of life

APPLICATION No.: K/11218/1888

APPLICATION DATE: 11/12/18

NAME of APPLICANT: RAHIMA BEBA

AGE-YEARS 38 SEX F

FATHER/SPOUSE'S NAME: NABULLO GAZI

पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान निवास का पता

28/1 MURARI PURUR ROAD ULTANANGA MAIN ROAD KOLKATA 700067 WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास का पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: COOK

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 1600 x 12 = 19200/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. 1234 5678 9010

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो पता हो उस पर चिह्न काटें)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 के साथ संबंध
1.	RAHIMA BEBA	38	F	SELF
2.	MURARI ALAM	16	M	SON
3.	NABULLO GAZI	45	M	HUSBAND

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पटवरी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

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

