

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: K/1218/1140

APPLICATION DATE: 12/12/18

NAME of APPLICANT: ANITA DAS

AGE-YEARS 48

SEX F

FATHER/SPOUSE'S NAME: SUMAN DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

MANUALPUR, BARASAT, NORTH 24 PARGANAS,
JALPAIGURI, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

- AS ABOVE -



OCCUPATION:

HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

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

PAN No. (आप का PAN नंबर)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर का भुगतान करते हैं (जो लागू हो उस पर 'X' का चिह्न लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	ANITA DAS	48	F	SELF
2.	SUMAN DAS	56	M	HUSBAND
3.	SUNITA DAS	25	F	DAUGHTER
4.	ADARSH DAS	17	M	SON
5.	ANUSHKA DAS	13	F	DAUGHTER

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

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर जो आय प्रति होता है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर जो आय प्रति होता है)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर जो आय प्रति होता है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Immuno-Deficiency - Le.
2.	Surgery - Le. (Gastric)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

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

