

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Health of life	
APPLICATION No.: 11218/1951		APPLICATION DATE: 12/12/18			
NAME of APPLICANT: PARIYA CHAKRABORTY.		AGE-YEARS 43	SEX F.	 	
FATHER/SPOUSE'S NAME: SUDHIR CHAKRABORTY					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 101 BIRBHARAR TITAGARH NORTH WY KARGANAS HOOGY, WEST MEDINIA.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AT ABOVE -					
OCCUPATION: HOUSE WIFE.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
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): आप आय कर का दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):					
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 आपके से क्या संबंध	
1.	PARIYA CHAKRABORTY	43	F	SELF	
2.	SANJANA CHAKRABORTY	55	F	MOTHER-IN-LAW	
3.	SABINI CHAKRABORTY	12	F	DAUGHTER	
4.	ARUN CHAKRABORTY	12	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न विकल्प चुनें					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ प्रमाण पत्र के साथ)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर की प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ प्रमाण पत्र के साथ)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (अलग पत्र की साथ प्रमाण पत्र के साथ)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- R.				
2.	SURGERY- R. (ECSTRO)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि		

