

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K11218/1923 APPLICATION DATE: 13/12/18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KALYANI MANDAL AGE-YEARS: 65 SEX: F.
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ASHA PURNA MANDAL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ~~NATION/GOAN SURGA SAKHARU, BAHAR HADU, CHAMANAGAR, NORTH 24 PARGANAS, MURSHIDABAD, WEST BENGAL.~~
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: ~~AS ABOVE~~
स्थायी निवास पता

OCCUPATION: HOME MAKER.
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. ~~XXXX XXXX XXXX~~
PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस 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 के साथ संबंध
1.	KALYANI MANDAL	65	F	SELF
2.	PANDEY MANDAL	61	F	SON
3.	NEELI MANDAL	58	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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 Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्यों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्त/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई उल्लेखित दवा संलग्न
1.	MAGNESIUM - 400mg - 1g.
2.	SURGAM - 1g (Sildenafil)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

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

