

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. : K/1218/1974
आवेदन क्रमांक :APPLICATION DATE : 13/12/22
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : MENAKA ROY
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष 50
SEX लिंग FFATHER/SPOUSE'S NAME : TAPAN MONDAL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KARAYANPUR, BALIKUMTHI, DATAPARA
NORTH 24 PARGANAS, PIN-743126, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. : स्थायी आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छड़ी 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 सम्बन्ध
1.	MENAKA ROY	50	F	SELF
2.	ANANDAM ROY	51	M	HUSBAND
3.	DEBISH ROY	26	M	SON
4.	TANALI ROY	21	F	DAUGHTER
5.	DEBII ROY	18	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (आय का प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय का प्रमाण पत्र (आय का प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय का प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये बिजली का बिल:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगरहित/प्रीति से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - ANAEMIA - Ie.
2.	SURGERY - Ie (SILENT STONE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 सो गई सहायता राशि

