

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Stock of life

APPLICATION No. :
आवेदन क्रमांक :

K/1218/2019

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

15/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

ASHOKE DAS.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

NIRMAL DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

52/K CHRISTOPHER ROAD, GOBINDA KHATTICK,
KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

Rs. 2000 x 12 = 24,000/-

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

PAN No. प्राप्त करें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो खाना हो उस पर तिक 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.	ASHOKE DAS	54	M	SELF
2.	SHYAM DAS	46	F	WIFE
3.	RINTU DAS	24	M	SON
4.	SUMAN DAS	21	M	SON
5.	SUKLA DAS	17	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु कार्ड का 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) रसदानी कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये वित्तीय का उद्देश्य:

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

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 लौ गयी सहायता राशि

