

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1218/2030

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

15/12/18.

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ANWAR HOSSAIN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

M.

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

MD IRMAIL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

4/11/5 CONVENT LANE, TANAKA
KOLKATA 700016, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs 2000x12 = 24000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. टैक्स का संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उस पर सही का चिह्न लगाएँ)

Yes / No

हाँ / 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.	ANWAR HOSSAIN	57	M	SELF
2.	KHURSHID JILANI	45	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से काटे की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	PHACOLIC CATARACT. L.
2.	SUGAR - L (SICK + HOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

