

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

K/124812032

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ARCHANA GHOSH

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

62

SEX

लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

RADHAKANTA GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

 GNO DANA GHOSH SARDAR CHAKRAPORTI PARA
 GOPAL PUR, FALTA, SOUTH 24 PARGANAS
 743504, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

ITS ABOVE



OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उचित पर चिह्नित करें)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध
1.	ARCHANA GHOSH	62	F	SELF
2.	RADHAKANTA GHOSH	68	M	HUSBAND
3.	TARUN GHOSH	30	M	SON
4.	PUNU GHOSH	32	M	SON
5.	KABIRI GHOSHNIK	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित करें

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर को छात्रावृत्ति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग उपलब्ध पर (उपलब्ध पर को छात्रावृत्ति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पर को छात्रावृत्ति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्नलिखित कारण:

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

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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

