

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

M/1218/2036

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ASIDA BHAI SEKH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

AKUL ALI MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

NETRA NUDIA SOUTH 24 PARGANAS,
743366, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो वास्तव में उस पर सही का निश्चय करें)

Yes/No

हां / 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 के साथ संबंध
1.	ASIDA BHAI SEKH	55	F	SELF
2.	RAHILA SEKH	63	M	HUSBAND
3.	AKUL ALI SEKH	15	M	SON
4.	ARASHILA SEKH	29	M	SON
5.	YASMINA BHAI	17	F	DAUGHTER
6.	KINA BHAI	14	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पते पर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनंति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचार/पुष्टि संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICHTHOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता पानी

