

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/12/18/2051

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SACHINANDAN PATRA

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

73

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

MAHANTA PATRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

KHODIRAM SARANI KABINDRA NAGAR,

KOLKATA-700065, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :

स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (आय का प्रमाण)

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो नाम हो उस पर तिकी का निशान 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 से संबंध
1.	SACHINANDAN PATRA	73	M	SELF
2.	DIPAK PATRA	65	F	WIFE
3.	SANJAY PATRA	42	M	SON
4.	POTUL GHOSH	38	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्नी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्ने कार्य निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्य/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STECFOL)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

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

