

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: K/1218/2052 APPLICATION DATE: 13/12/18

NAME of APPLICANT: PUSHPA HALDER AGE-YEARS 51 SEX F

FATHER/SPOUSE'S NAME: NIRANJAN HALDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1, SUBHAS SHAKAR PALLY, SOUTH DUMDUM, GEDDAHARA, NORTH 24 PARGANAS, 700029, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: DS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)

PAN No. (आपका पैन नंबर)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 संबंध
1.	PUSHPA HALDER	51	F	SELF
2.	NIRANJAN HALDER	60	M	HUSBAND
3.	SABITA DEY	30	F	DAUGHTER
4.	ANITA DEY	27	F	DAUGHTER
5.	MAHAKA MISTRY	25	F	DAUGHTER
6.	RAJEN HALDER	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

NPL Card (Attach Card Copy) एनपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूस प्रमाण पत्र के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये बिस्तरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक/प्रातिष्ठित से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (MEDICAL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

