

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

4/12/18/2057

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

18/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

GOPAL PATRA

AGE-YEARS अनु-वर्ष

51

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

KALIPADA PATRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

DANGA, PONHACHLY, SOUTH 24 PARGANAS
PIN-743003, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

RS. 2000 x 12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. जारी नहीं होता

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो पान को उस पर सही का चिह्न 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 के साथ सम्बन्ध
1.	GOPAL PATRA	51	M	SELF
2.	KALIPADA PATRA	54	F	WIFE
3.	BRHASPATI PATRA	24	F	DAUGHTER
4.	DANGA PATRA	20	F	DAUGHTER
5.	AKASHA PATRA	12	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शंस से जोड़ी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - IE
2.	SURGERY - IE (SIC 87101)

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 ले गई सहायता राशि
------------------------	---	---

