

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.: K/12/18/2058

APPLICATION DATE: 12/12/18

NAME of APPLICANT: HARANI RANI KUNDU

AGE-YEARS 63

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUJIT KUNDU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 16B, DALIRAM BASE, 2ND LANE, L.R. SARANI,

KOLKATA, 700020, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. 2442 3442 3442

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उक्त या नहीं का चिह्न लगाएँ)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: पारिवारिक 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.	HARANI RANI KUNDU	63	F	SELF
2.	REKHA KUNDU	46	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपायोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गले निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जोड़ी की गई डॉक्टर/दवाखाने की प्रतिलिपि
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LP
2.	SURGERY - LP (3108-210L)

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 तो गई सहायता राशि

