

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.: K/1218/2071 APPLICATION DATE: 18/12/18

NAME of APPLICANT: SUKUMARI MONDAL AGE-YEARS मनु-वर्ष 61 SEX लिंग F

FATHER/SPOUSE'S NAME: BISHWANBAR BISWAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 18/13 KALIKATEUR MAIN ROAD, MUKUNDAPUR, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE MARKED (विधवा) / UNMARKED (अविधवा)

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

PAN No. क्या है या नहीं 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 सम्बन्ध
1.	SUKUMARI MONDAL	61	F	SELF
2.	PRADIP MONDAL	38	M	HUSBAND
3.	PRADIP MONDAL	38	M	SON
4.	SARMILA MONDAL	33	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पर की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने पने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RE
2.	SURGERY- RE (SIC+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

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

