

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 4/128/2075 APPLICATION DATE: 19/12/18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: TARAPADA KOLEY AGE-YEARS 65 SEX M
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PATIAL, HADRA, JHARKHAND, WEST BENGAL
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी निवास पता

OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 क्या संबंध
1.	TARAPADA KOLEY	65	M	SELF
2.	SOYA KOLEY	52	F	WIFE
3.	GOLAP KOLEY	134	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी लेख के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदोका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गए निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई उद्देश्य हेतु सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT RE
2.	SURGERY - RE (SIC 8710L)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

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

