

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building blocks of life.

 APPLICATION No.: 4/12/18/2107 APPLICATION DATE: 20/12/18
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT: MAYA MAJHI AGE-YEARS 56 SEX F
 आवेदक का नाम

 FATHER/SPOUSE'S NAME: NIRANJAN KOLAY
 पिता/सहोदर का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 35/4, MOHAN BAZAR ROAD, SAYANBAZAR MAIL, KOLKATA, 700009, WEST BENGAL
 वर्तमान निवास पता

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
 स्थायी निवास पता


OCCUPATION: HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. (आप का आय कर)

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (को सही में उस पर चिह्न का निशान लगाएं): 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.	MAYA MAJHI	56	F	SELF
2.	NIRANJAN MAJHI	62	M	HUSBAND
3.	SHRUTI PANJA	34	F	DAUGHTER
4.	TUNPA SASTRI	30	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) एनपीएस कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (आप पर की जाय प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (आप पर की जाय प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) आवश्यक कार्ड (आप पर की जाय प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गए किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT LE
2.	SURGERY - LE (STICHTOL)

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

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

