

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/12/8/2108

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

20/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SUBRATA MONDAL

AGE-YEARS : वर्ष-वर्ष

50

SEX : लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

BIRENDRA NATH MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

CHH STAB, SANARPUR, SOUTH 24 PARGANAS,
JALPAIGURI, 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 संलग्न करें)

PAN No. : पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं):

Yes / Ha

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 संबंध
1.	SUBRATA MONDAL	50	M	SELF
2.	ANITA MONDAL	44	F	WIFE
3.	DIPTAM MONDAL	22	M	SON
4.	GOJAM MONDAL	19	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़े डॉ. या प्रसिद्धित दवाइयों के प्रमाण
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RP
2.	SURGERY - RP (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

