

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1218/2155

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

21/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MUKUL RANI MISTRI

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

63

SEX

लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

KALICHARAN BHOWAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

CANKAR DARA KALITALA, GANARJANHA  
NORTH W. PARGANAH, 743352, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(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 (को यांचेक टिक करें)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS

परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | MUKUL RANI MISTRI                                 | 63                         | F              | SELF                                            |
| 2.                     | DEHREN MISTRI                                     | 78                         | M              | HUSBAND                                         |
| 3.                     | BINAY MISTRI                                      | 40                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | SHYAM MISTRI                                      | 45                         | M              | SON                                             |
| 5.                     | TIBAN MISTRI                                      | 36                         | M              | SON                                             |
| 6.                     | KRATI MISTRI                                      | 36                         | F              | DAUGHTER IN LAW                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

|                                                                                                         |                                                                                                                     |                                                                                               |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>पटौती कार्ड का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Card Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - LE                                                                    |
| 2.                     | SURGERY - LE (SICS + IOL)                                                                    |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>भी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

