

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2255

APPLICATION DATE: 04/11/19

NAME of APPLICANT: GOPAL KOYAL

AGE-YEARS: 49

SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHACHIN KAYAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HARENDAS DATTA ROAD, JOYNAGAR, MAZILPUR,

SOUTH-24 PARAGHATA 745331, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -

OCCUPATION: FARMER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 1800 x 12 = 21600/-

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या है/संलग्न करें

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

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 के साथ संबंध
1.	GOPAL KOYAL	49	M	SELF
2.	SUBHA KOYAL	36	F.	WIFE.
3.	PRANJIT KOYAL	14	M	SON
4.	RUNGU KOYAL	12	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एलपी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्नलिखित कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS CATARACT-LE
2.	SURGERY LE (LEFT EYE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

