

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2306 APPLICATION DATE: 05-01-2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AJIT SARDAR AGE-YEARS 86 SEX M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RANCHARON SARDAR
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BAYASING, TALDI, SOUTH 24 PARGANAS, 743316, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. 8888 8888 8888

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	AJIT SARDAR	86	M	SELF
2.	BHAKTI SARDAR	48	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियेन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE.
2.	SURGERY - LE (CATS + 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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस पर सहायता पंजी

