

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.: K/0110/2534

APPLICATION DATE: 15/01/19

NAME of APPLICANT: RAJKUMARI HELA

AGE-YEARS: 53

SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUNAR HELA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: राजार गट धापा रोड, धापा

SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदाई अण्णमौर पहा

- AS ABOVE -

OCCUPATION: FARMER

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1700 x 12 = 20400/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. सदाई खान सहाय

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं)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 सम्बन्ध
1	RAJKUMARI HELA	53	M	SELF
2	ASHOK HELA	53	M	SON
3	RAMESH HELA	51	M	SON
4	SURESH HELA	18	M	SON
5	ASHA HELA	16	F	DAUGHTER
6	MAHA HELA	12	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) एपीसी कार्ड के नोटे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग 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 प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इलाज/दवाइयों की सूची
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SUCCESSIONAL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

