

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/11119/1996
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 6/11/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SABITRI SHIL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
70

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BALELV CHARAN SHIL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

SARADA DALY, PANSILA, KOLKATA 700021,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता

AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्पष्ट संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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.	SABITRI SHIL	70	F	SELF
2.	NIRMAL SHIL	35	F	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपस्थित पर (उपस्थित पर की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपस्थित पर (उपस्थित पर की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजन कार्ड (उपस्थित पर की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (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 ली गई सहायता राशि

