

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/1219/2784
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 26/12/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: DURGA METE
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHANKAR SHAW
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

C ROAD BIBEKNAGAR, HARPA, WEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: cook
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 X 12 = 24000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. तपाईं खाली संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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.	DURGA METE	52	F	SELF
2.	TINRA METE	20	M	SON
3.	PAMPA DAS	17	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता को सिद्ध विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्षम
--	---	--	--

"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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (51257206)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किताब अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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



