

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/0120/3033
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 4/1/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RENU RAM
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 47
वर्ष

SEX: F
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KANAI CHAIL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

110/3 ANANDA PALLI ROAD, BENTALLY, KOLKATA
700019, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— 45 HOVE —

OCCUPATION: COOK
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 16000 X 12 = 192000
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. जारी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न 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.	RENU RAM	47	F	SELF
2.	KANAI CHAIL	51	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर को जांच करी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर आय पर (आय पर को जांच करी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययोजक कार्ड (आय पर को जांच करी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अपवाद/प्रातिपक्ष से जारी की गई प्रमाणित सूची 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



