

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0120/3113 APPLICATION DATE: 7/1/2020

NAME of APPLICANT: RAM CHANDRA MANNA AGE-YEARS: 70 SEX: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: GIPEN CHANDRA MANNA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MOHITARY, HADRA, TILKOT, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: MS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED MARRIED (निविदिन) / UNMARRIED (गविदिन)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 13000/12 = 156000 (Attach Proof of Income)

PAN No. XXXX XXXX

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / NO

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 अर्पेक के साथ सम्बन्ध
1.	RAM CHANDRA MANNA	70	M	SELF
2.	KAMAL MANNA	39	M	SON
4.	UMA BHANRA	42	F	DAUGHTER

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति प्रमाण करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का आय पर (आय पर की जाय प्रति प्रमाण करो)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (आय पर की जाय प्रति प्रमाण करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने निविदिन का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/विविध से जारी की गई उद्दिष्टन सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — IE
2.	SURGERY — IE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से सिद्ध मने हो?

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

