

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)		
(स्वास्थ्य देखभाल)		(Healthcare)		
APPLICATION No. : <u>K/0325/2255</u>		APPLICATION DATE : <u>20/3/25</u>		
NAME of APPLICANT : <u>GOPAL MUNDA</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>GANESH MUNDA</u>		<u>57</u>	<u>M</u>	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				
<u>HARANE GHARY GOPALPUR HARANE GHAR</u>				
<u>BARDA NORTH 24 PARGANAS 743665</u>				
<u>WEST BENGAL</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता				
<u>AS ABOVE</u>				
OCCUPATION : <u>CARPENTER</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>5000 X 12 = 60,000</u>		(Attach Proof of income)		
PAN No. : <u>स्वाई खाल संचाल</u>		(आय का साक्ष्य संलग्न)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				
Yes / No हा / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member संविदा के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	<u>GOPAL MUNDA</u>	<u>57</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>SATYABALA MUNDA</u>	<u>52</u>	<u>F</u>	<u>WIFE</u>
3.	<u>RAJAT MUNDA</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
4.	<u>RUSH MUNDA</u>	<u>26</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
5.	<u>ACTAMI MUNDA</u>	<u>23</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	<u>DIAGNOSIS - CATARACT - RE</u>			
2.	<u>SURGERY - RE - (125+300)</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि		

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

K/0325/2255

APPLICATION DATE :

20/3/25

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

GOPAL MUNDA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

GANESH MUNDA

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

HARANE GHARY GOPALPUR HARANE GHARY
BARDA NORTH 24 PARGANAS 743665
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

CARPENTER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

5000 x 12 = 60,000

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो वाज्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

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 सम्बंध
1.	GOPAL MUNDA	57	M	SELF
2.	SATYABALA MUNDA	52	F	WIFE
3.	RAJAT MUNDA	30	M	SON
4.	RUSH MUNDA	26	M	SON
5.	ACTAMI MUNDA	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई द्रविवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE - (125+305)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

