

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.: 4/0924/0099

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 20.04.24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KALYANI RANI MANDAL

आवेदक का नाम

AGE-YEARS 59

वय-वर्ष

SEX F

लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE JALADHA MONDAL

पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KORAKATI, NORTH 24 PARAGANAS 743446,

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदैव आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE

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. सदैव खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर चलाते हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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.	KALYANI RANI MANDAL	59	F	SELF
2.	BIJEN MANDAL LATE	65	M	HUSBAND
3.	NIMAI MANDAL	40	M	SON
4.	RUPA MANDAL	34	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता 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.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त हुई?

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

