

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

NNN/1217/0231

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

3/12/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SABITRI DOLAI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

JITEN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

VILL-KOTOWALI; P.O.-DO; P.S.-KOTOWALI;

DIST- PASCHIM MEDINIPUR, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

DO.

OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER.

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

36,000 (Yearly)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उस पर सही का 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.	KHANDU DOLAI	75	M	HUSBAND
2.	JITEN DOLAI	48	M	SON.
3.	DOLAI DOLAI	32	F	DAUGHTER-IN-LAW
4.	PAKESH DOLAI	21	M	SON.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) भरती कार्ड को चिपके 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 प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विवेचन योग्य निरुद्धि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/उपचार से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RE - NUCLEAR SCLEROSIS III-IV LE -
2.	SURGERY - RE - STC'S WITH PC IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गये हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता राशि
	V. M. A. N. N.	



