

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0518/0394

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/05/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BIMAL NATTA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

58

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

JAGATLAKSHMI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 KAYADANGA (ANSHIK), ASHOKNAGAR,
 KALYANGAR, HAPKA, NORTH 24 PARAGANAS,
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 2000 x 12 = 24000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / हाँ

No / 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.	BIMAL NATTA	58	M	SELF
2.	SWARNA NATTA	52	F	WIFE
3.	SUSANTA NATTA	28	M	SON
4.	SABLI NATTA	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियमित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किसे क्या विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (L.E.)
2.	SURGERY - L.E. (SICL + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

