

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0818/0909

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08.08.18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BISHWANATH PARUI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

BIBLO PARUI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PASCHIM PARA, DIMITACHIL, KHASBALANDA,
HAROA, NORTH 24 PARGANAS, 743475,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:

व्यवसाय

CONTRACT LABOURER

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 2000 x 12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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	BISHWANATH PARUI	57	M	SELF
2	MAHABUBA PARUI	57	F	WIFE
3	HAREN PARUI	27	M	SON
4	PRADIPAL PARUI	25	M	SON
5	NARAYAN PARUI	22	M	SON
6	FULI PARUI	19	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विवृति का उद्देश्य:

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

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 लगी गई सहायता राशि

