

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

 APPLICATION No. : **KLH18/1403** APPLICATION DATE : **12/11/18**
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : **ASHUTOSH MANDAL** AGE-YEARS आयु-वर्ष **58** SEX लिंग **M**
 आवेदक का नाम

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **KABIL MANDAL**
 पिता/कन्या का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
AMTALA, KAHARPARA, DANDIRHAT, NORTH 24-PARGANAS, 743412, WEST BENGAL

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
AS ABOVE

 OCCUPATION : **LABOURER**
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : **RS. 2000 x 12 = 24,000/-**
 कुल वार्षिक आय

 (Attach Proof of Income)
 (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. समाई 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 निशान लगायें)

 Yes / No
 हाँ / 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.	ASHUTOSH MANDAL	58	M	SELF
2.	MINU MANDAL	55	F	WIFE
3.	RAM MANDAL	22	M	SON
4.	LAXMAN MANDAL	25	M	SON
5.	GITA MANDAL	23	F	DAUGHTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विनती 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 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- RE
2.	SURGERY- RE (SICS+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 सी गई सहायता राशि

