

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: K/1218/1000

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 21/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BISHESWAR SHAW

आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

RAGHUNATH SHAW

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

53, P.K. DASWAS ROAD, TILAGARH, KAPASDAH,
NORTH 24 PARGANAS, 700112, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. प्रमाणित आयदाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छड़ी का निशान 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	BISHESWAR SHAW	70	M	SELF
2	CHANDRA SHAW	60	F	WIFE
3	SUNITA SHAW	38	F	DAUGHTER
4	ANITA SHAW	34	F	DAUGHTER
5	LEENA SHAW	20	F	DAUGHTER
6	AKKESH SHAW	17	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम की प्रत प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की प्रत प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदवाज कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

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

