

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No. :

आवेदन क्रमांक :

K/1218/1091

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

3/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

NEPAL CHANDRA GHOSH

AGE-YEARS अनु-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

PRAMATH NATH GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

RAIPUR CHAKRA, DEBANGAL NORTH 29
PARGANAS, 743424, 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 साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : स्थायी आय कर संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को जमाने की इस 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	NEPAL CHANDRA GHOSH	67	M	SELF
2	SADHANNA GHOSH	66	F	WIFE
3	UNAL GHOSH	32	M	SON
4	SUNAY GHOSH	29	M	SON
5	PRASUN GHOSH	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम को, सीधे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गए विवक्षित 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 (SICUT FOR)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

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

