

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life
APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K/1218/1693APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 3/12/18NAME of APPLICANT :
आवेदन का नाम MOCHLEM MONDAL

AGE-YEARS उम्र-वर्ष 60

SEX लिंग M

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम DYAR ALI MONDALPRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
CHANDPUR, SIRAJPUR, CHAKLA, NORTH 24
PINCODE : 743474, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय NIL(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रमाण)

PAN No. सफाई खाते संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 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 आवेदन का नाम सम्बन्ध
1.	MOCHLEM MONDAL	60	M	SELF
2.	ARIDA BISI	40	F	WIFE
3.	TANUJA MONDAL	18	F	DAUGHTER
4.	EIRDAUSI MONDAL	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये दिवस आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एनडी कार्ड को चिपे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रमाण पत्र)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रमाण पत्र)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रमाण पत्र)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने दिवस का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी को चिपे को चिपे प्रमाण पत्र
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (Surgical)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

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

