

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. : ४१२१८/१७०९

APPLICATION DATE : ४/१२/१८

NAME of APPLICANT : BECHI DOLUI

AGE-YEARS ४९

SEX ५

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MADAN NASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : ~~DANIGAN, GOALBARIA, DULOPUR, KARANBERIA,~~~~HOWRAH, WEST BENGAL, ७११३१६~~PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : ~~AS ABOVE~~

OCCUPATION : HOME MAKER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)PAN No. ~~XXXXXX XXXX~~

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

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 आपके साथ संबंध
1	BECHI DOLUI	49	F	SELF
2	PRASANTA DOLUI	25	M	SON
3	SAMBA BOYAL	21	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विरुद्ध का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अपवाद/प्रीतिज्ञा से जारी की गई प्रमाणित दवाही संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT
2	Surgery - LG (SICUTOL)

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 कोई प्राप्त सहायता राशि

