

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.
APPLICATION No. :
आवेदन क्रमांक :

K/1218/1216

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

4/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

SANDHYA PARAMANIK

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पिता/पति का नाम

TARAPADA PARAMANIK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

BARAGHATI, DULAPUR, HOXARA, TILSIG,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को प्रमाण दो उस पर सही का निशान लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध
1.	SANDHYA PARAMANIK	55	F	SELF.
2.	NIMAI PARAMANIK	50	M	HUSBAND.
3.	SANJAY PARAMANIK	31	M	SON
4.	RANGA PARAMANIK	03	F	DAUGHTER.

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

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रीखा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे किसे किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगप्रमाण/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी डॉक्टर की सुझाव सूची प्रस्तुत करें
1.	Diagnosis - Glaucoma - RP
2.	Surgery - R (Glaucoma)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

