

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन क्रमांक :

K/1218/1725

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

4/12/18

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

PADMA SAMUI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

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

SHISHIR MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास

DANIBAN, GOBI BERIA, DULOPUR, HOWRAH,
711316, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास

AS ABOVE

OCCUPATION:
व्यवसाय

HONG MAKER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

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

PAN No. पैन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उस पर चिह्न लगाएं):Yes (No)
हाँ / 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 से सम्बन्ध
1.	PADMA SAMUI	70	F	SELF
2.	SHASHI SAMUI	46	M	SON
3.	GOPAL SAMUI	40	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति प्रमाण को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (आय पर की जाय प्रति प्रमाण को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति प्रमाण को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/पत्रिका से जारी की गई प्रतिनिधित्व सूची प्रमाण
1.	PHARYNGITIS - CHLAMYDIA - LE
2.	SUGAR - LE (Fasting + Post)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो यह सहायता जारी

