

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन क्रमांक :

K/1218/1994

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

31/12/12

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

SHWETANGINI MAITY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

F

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

JAGADISH MAITY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

MAHESHPUR, KENDRAPUR, SOUTH 24 PARGANAS,
743383, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

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

PAN No. आय का कर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का 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 संबंध
1.	SHWETANGINI MAITY	69	F	SELF
2.	ALIN MAITY	42	M	SON
3.	FULIN MAITY	39	M	SON
4.	SULIN MAITY	36	M	SON
5.	PANCHAMI MAITY	23	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आधारित प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये निशुल्क का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-LE
2.	SURGERY-LE (Left eye)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

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

