

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building lives of life.

APPLICATION No.: 41218/1796

APPLICATION DATE: 31/12/18

NAME of APPLICANT: JAMUNA MANDAL

AGE-YEARS 85

SEX F

FATHER/SPOUSE'S NAME: BHAGYADHAR MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DAKSHIN PARA KADAKHALLI DHOTAHAT, SOUTH 24 PARGANAS, 743349, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: N/A

FIS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
नहीं (को लागू हो उस पर चिह्न का निशान 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	JAMUNA MANDAL	85	F	SELF
2	BHAGYADHAR MANDAL	85	M	SON
3	ARUNACHAL MANDAL	85	M	SON
4	RAMA MANDAL	64	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्य/वैद्यक से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT LE
2	Surgery - 16 (Surgery)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
------------------------	---	---

