

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/1218/1806

APPLICATION DATE: 8/12/18

NAME of APPLICANT: SUCHITRA PAL

AGE-YEARS 47

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUJAY PAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पालक निवास का पता

PASCHIM SADI GASTHUTI UTAR PARA, GHEBIYA, HARSINABAD, GANERUP, NORTH 24 PARGANAS, 743436, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास का पता

AS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1500 x 12 = 18000/-

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

PAN No. (आप का आय कर पत्र)

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर 'X' चिह्नित करें)

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 के साथ सम्बन्ध
1.	SUCHITRA PAL	47	F	SELF
2.	SUJAY PAL	50	M	HUSBAND
3.	RIKINA PAL	25	F	DAUGHTER
4.	SOMEN PAL	21	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की कोपी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदोस्त कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया छवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	IMAGINOLIC CATARACT - RE.
2.	SURGERT. RE (SUSPENSION)

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 तो गई सहायता राशि

