

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/1248/1944		APPLICATION DATE: 12/12/18			
NAME of APPLICANT: KANAK LATA MONDAL		AGE-YEARS: 72	SEX: F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: KINKAR MONDAL				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: NIRISHA BHARIADHUA BROSARA PANKURA MIDOL, NEET BANIPAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AK ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
PAN No. XXXX XXXX XXXX		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 के साथ सम्बन्ध	
1.	KANAK LATA MONDAL	72	F	Self	
2.	KINKAR MONDAL	84	M	Husband	
3.	SUKUNAR MONDAL	68	M	Son	
4.	SULAL MONDAL	68	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतियाँ संलग्न			
1.		Diagnosis - CATARACT - Lc			
2.		Surgery - Lc (Surgical)			
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 शी गई सहायता राशि		

