

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: K1128/1910		APPLICATION DATE: 10/2/12			
NAME of APPLICANT: ANJALI GHOSHAL		AGE-YEARS मनु-वर्ष: 63		SEX लिंग: F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: BHUPAN MOHAN AKHOLI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: धर्मन निवास पत्र SUNDA RAMBARPOUR, BANKURA - 822005, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पत्र - At Above -					
OCCUPATION: HOME MAKER.					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		MARIED (विधिवत) / UNMARRIED (अविधित)			
PAN No. प्राप्त या नहीं		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 से क्या संबंध	
1.	ANJALI GHOSHAL	63	F.	SELF	
2.	RAMESH GHOSHAL	39	M	SON	
3.	NANDU GHOSHAL	35	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने निम्नी का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached आस्थापना/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों सूची संलग्न					
1. Diabetes - (Insulin) - Lg.					
2. Cataract - Lg (Cataract)					
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?					
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED तो यह सहायता कितनी	

