

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/12/18/2115

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

20/12/18

NAME of APPLICANT :

अर्पणकर्ता का नाम

ROSHAN BEGUM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

JAMIL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

SEGR FL SARIPHA LANE, KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

DOMESTIC HELP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs 1400x12 = 16800/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही 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 अर्पणकर्ता से सम्बन्ध
1.	ROSHAN BEGUM	50	F	SELF
2.	JAMIL	57	M	HUSBAND
3.	SEKH NASIM AKHTAR	25	M	SON
4.	SEKH RASHID ALI	21	M	SON
5.	KAHINUR BEGUM	17	F	DAUGHTER
6.	SERINA BEGUM	10	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पटीसी कार्ड का प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग 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 प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी प्रतिलिपि संलग्न करें
1.	WOMEN'S - CATARACT - LE
2.	Surgery - In (Cataract)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो भी सहायता मिल रही है

