

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षण)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

K/1218/2124

APPLICATION DATE :

20/12/18

NAME of APPLICANT :

GANESH MISHRA

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

GODA MISHRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास

DEWABARI 2/11/24 MOHAN BAGAN LANE
SHYAMBAZAR, KOLKATA 700004
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

DR ABANU

OCCUPATION :

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

NIL

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

PAN No. : क्या पास है

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो अन्य हो उस पर चक्रों का चिह्न लगाएं)

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 संबंध
1.	GANESH MISHRA	75	M	SELF
2.	SUMITRA MISHRA	62	F	WIFE
3.	ARCHANA MONDAL	40	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) रटीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached सामान्य/दवाखाने से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न
1.	MAGNETIC-RESONANCE-IMAGING-LE
2.	SURGERY-LE (SICSTAL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो प्राप्त सहायता होगी

