

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/12/8/2132

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

20/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदनकर्ता का नाम

ANANDA MONDAL

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

69

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

MAKHAN MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

MAKSHI GANGADHARPUR, GADHACHAK,
SOUTH 24 PARGANAS, 743399,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य 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 आवेदनकर्ता से सम्बन्ध
1.	ANANDA MONDAL	69	M	SELF
2.	MANJU MONDAL	60	F	WIFE
3.	MANAB MONDAL	32	M	SON
4.	JAYASH MONDAL	25	F	DAUGHTER
5.	SHAYYA HALDER	18	F	DAUGHTER
6.	RANU MONDAL	25	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (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 किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

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 एवं प्राप्त सहायता राशि

