

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/12/18/2135

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 20/12/18

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : KAMALA NANDY

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 80

SEX लिंग : F

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : GOSTOBHARI SEN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

82 SREE COLONY, WARD NO-2, TADAVPUR, KOLKATA, 700072, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION / व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	KAMALA NANDY	80	F	SELF
2.	SANJAY NANDY	54	M	SON
3.	SONAMA NANDY	NT	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी बी खा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत करें
1.	DIAGNOSIS - CHOLESTEROL - LF
2.	SURGERY - LF (SKELETAL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED हो गई सहायता राशि

