

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building block of life

 APPLICATION No.: K/0119/2343
   
आवेदन संख्या:
   
APPLICATION DATE: 07-01-2019
   
आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT: ANIL DEBNATH
   
आवेदक का नाम
   
AGE-YEARS आयु-वर्ष: 85
   
SEX लिंग: M

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUREPATE DEBNATH
   
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 GOLHAR, CHANDIGARH-1, SOUTH 2,
   
PRAKASH N 5520, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)  
(आय का सक्षम संलग्न)

PAN No. स्थायी राजस्व संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
   
यदि आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

 Yes / No
   
हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | ANIL DEBNATH                                      | 85                         | M              | SELF                                            |
| 2.                     | SUREPATE DEBNATH                                  | 88                         | F              | WIFE                                            |
| 3.                     | DEEPA DEBNATH                                     | 26                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | SUKUMAR DEBNATH                                   | 54                         | M              | SON                                             |
| 5.                     | ALIP DEBNATH                                      | 51                         | M              | SON                                             |
| 6.                     | GAUTAM DEBNATH                                    | 48                         | M              | SON                                             |
| 7.                     | JAIRAM DEBNATH                                    | 46                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 8.                     | MAYA DEBNATH                                      | 43                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 9.                     | SANDHYA DEBNATH                                   | 40                         | F              | DAUGHTER                                        |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                 |                                                                                           |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय कर प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई सक्षम |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आपत्ता/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT RE.                                                                    |
| 2.                     | SURGERY RE (SICS+IOL)                                                                       |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

