

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/0119/2405

APPLICATION DATE: 09/01/19

NAME of APPLICANT: SUSANTA SIKDER

AGE-YEARS: 43

SEX: M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JOTISH SIKDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BE-JOYDUR, NITIGRAH, BARHAR, BANGALURU,WORTH 24, PARAGATAS 200121 WEST BENGALPERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS - 2100 x 12 = 25200/-

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)PAN No. XXXXXX XXXXARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
अपना आय कर दाखल है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगावे)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 संबंध
1.	SUSANTA SIKDER	43	M	SELF
2.	ARCHANA SIKDER	38	F	WIFE
3.	MANJARI SIKDER	16	F	DAUGHTER
4.	SAUMILI SIKDER	13	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्त्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - MALARIA - RE
2.	SURGERY - RE (STIS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी

