

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0119/2411

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/01/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BHARATI SRIMANI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

PRADIP SRIMANI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PURBAYITA PARK, WAKOL 711400 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

DOMESTIC HELP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS - 900 x 12 = 10,800/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी 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.                     | BHARATI SRIMANI                                   | 56                         | F              | SELF                                            |
| 2.                     | PRADIP SRIMANI                                    | 60                         | M              | HUSBAND                                         |
| 3.                     | MOUMITA SRIMANI                                   | 36                         | 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 वर्ग 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 सबूत |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्नी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSTIC CATARACT - L.E.                                                                   |
| 2.                     | SURGERY L.E. (CATARACT)                                                                      |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?

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

