

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

 APPLICATION No. : 11/1010/1698 APPLICATION DATE : 11/10/2019

आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : SABITRI BALA GHOSH AGE-YEARS उम्र-वर्ष 68 SEX लिंग F

आवेदक का नाम

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PASHUPATI GHOSH

पिता/कटुम्भ का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

ABAK PARA, KAVTALA, SOUTH 24 PARGANAS

743349, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

 OCCUPATION : होममेकर

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : RS 20000 X 12 = 240000 (Attach Proof of Income)

कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं छात्र संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) हाँ / 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.	SABITRI BALA GHOSH	68	F	SELF
2.	GHASKAR GHOSH	44	M	SON
3.	DIPAKAR GHOSH	46	M	SON
4.	KRISHNA GHOSH	39	F	DAUGHTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

DPL Card (Attach Card Copy) गटोनी रेखा के नीचे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
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 लीवा गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि
------------------------	-------------------------------------------	---------------------------------------------------------



