

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

 APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 2/10/20/3790
 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 29/11/2020

 NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : DIN MAHAMMMAD MONDAL
 AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 63
SEX लिंग : M

FATHER/S/POUSE'S NAME / पिता/सहस्रव्य का नाम : ABDUL MAHAMMMAD MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

 MALICK PARA, RASTHAI, NURTEL 24
PARGANAS 703404, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता

AS ABOVE



OCCUPATION : UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700x12 = 20400

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो यहाँ हो उस पर सही का निशान लगाएँ)Yes / No
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.	DIN MAHAMMMAD MONDAL	63	M	SELF
2.	ABDUL MUDDIN MONDAL	35	M	SON
3.	TANHAR BIST	32	F	DAUGHTER
4.	MASRUKA BIST	30	F	DAUGHTER
5.	SHARIFA BIST	29	F	WIFE

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — (LECS/STEST/IOI)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियी अन्य स्रोत से लिय गयी है?

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

