

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building Block of Life

 APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K10/20/3885
 APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 31/1/2020

 NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: NAMITA GAIN
 AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 50
SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/हठुय का नाम: MANDRANJAN GAIN

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS: / वर्तमान आवासीय पता  
 MUHANPUR, MINDIKHAJAN, NORTH 24 PARGA  
 NAD-743456, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थाय आवासीय पता

AS ABOVE

 OCCUPATION: / व्यवसाय: HOME MAKER
 MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

 TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: RS 19000 x 12 = 228000
 (Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं):
 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.	NAMITA GAIN	50	F	SELF
2.	SACHIN GAIN	26	M	SON
3.	SATHYAN GAIN	25	M	SON
4.	RIPIKA DAS	23	F	DAUGHTER

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL 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) व्ययपत्रका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुशासक/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICESTJOL)

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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



