

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0917/0871		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 05.09.18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		KESHTA MALIK		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 80	SEX लिंग : M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम : SANNYASI MALIK					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता DULE PAKA, MATA KANPUR, AMTA-1, ULUBERIA, HOWRAH, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय : UNEMPLOYED					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : NIL				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)	
PAN No. : स्थायी आय संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पayer हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन करें) : 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.	KESHTA MALIK	80	M	SELF	
2.	ARATI MALIK	48	F	DAUGHTER	
3.	ANITU MALIK	45	M	SON	
4.	DIPAK MALIK	42	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोपरी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने विवरी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राण/दवाइयों से संबंधित की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	

