

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1218/1782		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		27/02/22	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम				AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग	
AKBARI BIBI				65		F	
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम				SK PANCHU			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता							
R. Gopalpur, Narayanpur, Paschim Medinipur, Bhadrakali, North 24 Parganas, 700136, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता							
AS ABOVE							
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
HOME MAKER							
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
NIL							
PAN No. : आयकर पहचान संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)							
Yes / No हां / नहीं							
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
1.	AKBARI Bibi	65	F	SELF			
2.	SK PANCHU	65	M	HUSBAND			
3.	SK MANU	40	M	SON			
4.	NAITYA KHATUN	35	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई प्रमाणित प्रतिलिपि						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE						
2.	SURGERY - RE (SUCCESSFUL)						
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED तो गई सहायता राशि			

