

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : K/1218/1786

APPLICATION DATE : 8/12/18

NAME of APPLICANT : ABDUL HAMID

AGE-YEARS : 78

SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HANIF ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : বাড়ি বাড়ি

R. GOPALPUR, NARAYANPUR, PASCHIM BENGAL
BARAKHAT, NORTH 24 PARGANAS,
700136, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : বাড়ি বাড়ি

AS ABOVE

OCCUPATION : UNEMPLOYED

MARRIED (বিবাহিত) / UNMARRIED (অবিবাহিত)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(স্বল্প বা অস্বল্প প্রমাণ)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
আমি আয় কর পর দিই (যদি মাঝে হই তবে যা সঠিক তা চিহ্নিত করুন)Yes / No
হ্যাঁ / নহী

FAMILY DETAILS : পরিবার বিবরণ

Sr. No. ক্রম নং	Name of Family Member পরিবারের সদস্যের নাম	Age (Years) বয়স (বর্ষ)	Gender লিঙ্গ	Relation with Applicant আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক
1.	ABDUL HAMID	78	M	SELF
2.	RAHIMA BINTI	68	F	WIFE
3.	YUNUS ALI	42	M	SON
4.	SHAMIM AH	35	M	SON
5.	NAFIS ALI	25	M	SON
6.	PARVIN BINTI	30	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
সহায়তার ভিত্তি নির্দেশ করুন

BPL Card (Attach Card Copy) পরিচয় পত্রের কপি প্রমাণ সহ (প্রমাণ সহ কপি প্রমাণ প্রমাণ করুন)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) অর্থ-স্বল্প কার্ড প্রমাণ সহ (প্রমাণ সহ কপি প্রমাণ প্রমাণ করুন)	Ration Card (Attach Copy) উপভোগ্য কার্ড (প্রমাণ সহ কপি প্রমাণ প্রমাণ করুন)	Any Other Basis/Proof অন্য কোনো প্রমাণ
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

সহায়তা হেতু দিবে মনে রাখার বিষয়:

Sr. No. ক্রম নং	Medical Reports/Prescriptions Attached অস্বাস্থ্য/ঔষধি সহ যাচাই করে প্রমাণিত প্রমাণ
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	Surgery - Re (Sight Test)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

এই উদ্দেশ্যের জন্য অন্য কোথাও সহায়তা কিংবা অন্য কোথাও থেকে প্রাপ্ত প্রমাণ

Sr. No. ক্রম নং	NAME of OTHER SOURCE অন্য উৎসের নাম	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED কিছু প্রাপ্ত সহায়তা

