

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Smiles of Life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K/1248/1828APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 8/12/18NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम AKBAR ALI

AGE-YEARS गुरु-वर्ष 63

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम SAKIR ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास

S/H/4 KASAI BASTEE 1ST LANE NAR KELDANGA
KOLKATA 700011, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

- AS ABOVE -

OCCUPATION :
व्यवसाय

UNEMPLOYED.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. प्राप्त नहीं होगा

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो स्थिति को उस पर चिह्नित 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.	AKBAR ALI	63	M	SELF
2.	SHIRAZA BIKRI	61	F	WIFE
3.	SUKUB ALI	30	M	SON
4.	SABIRA KHATOON	29	F	DAUGHTER

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

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर को प्रामाण्य प्रमाण प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का उपलब्ध पर (उपलब्ध पर को प्रामाण्य प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपलब्ध पर को प्रामाण्य प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जो चिकित्सक द्वारा प्रमाणित है
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE.
2.	SURGERY - LE (SUR + VOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो चिकित्सक द्वारा

