

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : K11218/1894		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 11/12/18				 	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम BIMAL SAHA.		AGE-YEARS जादू-वर्ष 57		SEX लिंग M.			
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम RAMMOHAN SAHA.							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता DUTTAPADA ROAD HALISAHAI, KURITA 24 MILANAGAR, WEST BANGALORE.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता AS ABOVE							
OCCUPATION: व्यवसाय LABOURER.				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय Rs. 2000X12 = 24000				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)			
PAN No. सवाई खाता संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 से संबंध			
1.	BIMAL SAHA.	57	M	SELF.			
2.	RAMMOHAN SAHA.	65	F	WIFE.			
3.	SOLLY SAHA.	21	F	DAUGHTER.			
4.	KUNTA SAHA.	19	M	SON.			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने सिद्धी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्थापना/टीकर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न						
1.	CATARACT - L.E.						
2.	SURGERY - L.(SICHTFUL)						
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि			

