

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K11218/1935			APPLICATION DATE: 10/10/18				
NAME of APPLICANT: GIRADHARI ROY			AGE-YEARS अनु-वर्ष		SEX लिंग		
			70		M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LANTAN							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पति/पत्नी का पता							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता							
OCCUPATION: HOME MAKER			MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)				
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL			(Attach Proof of Income) (आपका आय प्रमाण)				
PAN No. उपर्युक्त नहीं है			ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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.	GIRADHARI ROY	70	M	Self			
2.	PRATAP ROY	42	M	Son			
3.	MAINTU ROY	42	M	Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रती प्रतिफल पर (इच्छा पर की प्रमाणित प्रमाणित करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की प्रमाणित प्रमाणित करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पर की प्रमाणित प्रमाणित करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु देने वाले किसी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मात्रा/प्रीस्क्रिप्शन जो मारी की गई प्रमाणित प्रमाणित करें						
1.	Diagnosis - Cataract - Le.						
2.	Surgery - Le (Cataract)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो वह सहायता होती			

