

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No.: K/1218/1941		APPLICATION DATE: 12/10/18			
NAME of APPLICANT: MANORANJAN GHOSH		AGE-YEARS: 67	SEX: M.		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HEMENDRALAL GHOSH					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DAKSHIN BARU NORTH TWENTY FOUR PALLIGANJA - MEDINA, EAST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL			(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)		
PAN No. [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS:					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध	
1.	MAURANJAN GHOSH	67	M	SELF	
2.	KASTHIMATI GHOSH	65	F	WIFE	
3.	NEMAI GHOSH	22	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):					
BPL Card (Attach Card Copy) पोली रेखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विच्छा का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुमानित/टीकर से जुड़ी थी गई अतिरिक्त सूची संलग्न				
1.	Diagnosis - Cataract - L.E.				
2.	Surgery - L.E. (Cataract)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि		

