

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1218/19 MS		APPLICATION DATE : आवेदन दिती		13/12/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		JOENDER GOSHWAMI		AGE-YEARS आयु-वर्ष	70		
				SEX लिंग	M		
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम		SITARAM GOSHWAMI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता							
20/20 BAH. QUARTER MAJIDRI KANTH BAHAR SINGAPORE DISTRICT SINGAPORE 110001 THIRUVAI MOORTHY 75/2/20 WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता							
- AS ABOVE -							
OCCUPATION : व्यवसाय				UNEMPLOYED.			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				NIL			
				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. : स्थायी आयदा संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)							
Yes / No हां / 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.	JOENDER GOSHWAMI		70	M	SELF		
2.	SITA GOSHWAMI		50	F	WIFE		
3.	KENDRA GOSHWAMI		25	M	SON		
4.	SARAL GOSHWAMI		21	M	SON		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे कर्म निवृत्ति का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शंस जो जोड़ी की गई प्रमाणित सूची संलग्न						
1.	Trauma - Cerebral - 16						
2.	Surgery - 16 (Cerebral)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि			

