

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Health of life.	
APPLICATION No.: KI121811983		APPLICATION DATE: 18/12/18			
NAME of APPLICANT: MAJET MOLYA.		AGE-YEARS जन्म-वर्ष	SEX लिंग		
		68	M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAHAMAN.					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता					
GODHA PUNER BARA KUNDHAKALI					
MASANI SOUTH TO PARLIAR WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता					
- AS ABOVE -					
OCCUPATION : UNEMPLOYED	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL	(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)				
PAN No. XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न लगाएं)					
Yes / No हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या सम्बन्ध	
1.	MAJET MOLYA	68	M	SELF	
2.	RASHIDA BIBI	56	F	WIFE	
3.	COLTAM LADYA	32	F	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
SPL Card (Attach Card Copy) एसीडी कार्ड को चिपके प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति जोड़ने योग्य करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आर वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति जोड़ने योग्य करें)		Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड काई (प्रमाण पत्र की साथ प्रति जोड़ने योग्य करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने जाने किसे का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मानुशंसित से जारी की गई उपनिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.				
2.	Surgery - Re (Successfull)				
ASSISTANCE BEING AVAILD for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुए है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILD और यह सहायता कती		

