

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K112181989		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 13/12/18			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: HARADHAN SAHA		AGE-YEARS: उम्र-वर्ष: 50	SEX: लिंग: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम: TARAK SAHA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता C/O RAMESH MITRA ROAD, KADIMATI, NORTH BURNPUR, NORTH 24 PARGANAS, JODHPUR, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता As Above					
OCCUPATION: व्यवसाय: LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: Rs 2000 x 12 = 24000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. (पैन संख्या): Blank					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 'X' का 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 के साथ सम्बन्ध	
1.	HARADHAN SAHA	50	M	SELF	
2.	SUCHITA SAHA	29	F	WIFE	
3.	SUNITA SAHA	18	F	DAUGHTER	
4.	KALPANA SAHA	13	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित आधार:					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश से जुड़े प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिह्नित उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई प्रतिलिपि संलग्न				
1.	DIAGNOSTIC-CATARACT- R.				
2.	SURGERY- R. (SINIST. EYE)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 एक ही उद्देश्य हेतु			

