

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: K11218/1994		APPLICATION DATE: 14/12/18			
NAME of APPLICANT: NURNNEHAR BIBI		AGE-YEARS 56	SEX F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HACAM MALLIK					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PURBA MARUBARIKA, DIAMOND HARBOUR, SOUTH 24 PARGANAS - 749368, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (नविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)			
PAN No. XXXX XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर कादा है (जो मान्य हो उस पर सही 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.	NURNNEHAR BIBI	56	F	SELF	
2.	HACAM MALLIK	67	M	HUSBAND	
3.	DAKIA MALLIK	22	M	SON	
4.	ABRAK MALLIK	29	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति होना को)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जाय प्रति होना को)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पर की जाय प्रति होना को)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/टीसीआर से सही की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.				
2.	SURGERY - RE (SICUTOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गयी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी		

