

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Blocks of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :		V1128 / 2008		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि		14/12/18.	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम			AGE-YEARS वर्ष-पूर्व		SEX लिंग		
AMBATALI SARDAR			67		M.		
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम							
HOSSAIN ALI SARDAR							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता							
KACHOYA SWARNAPURAM DAKSHINOPARA,							
BASILHAT NORTH 24 PARGANAS FUDDA,							
WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता							
AC ABOVE							
OCCUPATION : व्यवसाय						MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
UNEMPLOYED							
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय						(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य सौंपने)	
NIL							
PAN No. सर्वोच्च खाते संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाख है (जो लागू हो उस पर चिह्न लगा दें)							
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 से संबंध			
1.	AMBATI ALI SARDAR	67	M	SELF			
2.	LAILA SARDAR	65	F	WIFE			
3.	KHIRAH SARDAR	81	M	SON			
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) पोली रेखा की नोंदें उपलब्ध हैं। (उत्पादन पर भी छात्र प्रति संलग्न करें।)		EWIS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग उत्तरदायी (उत्पादन पर भी छात्र प्रति संलग्न करें।)		Ration Card (Attach Copy) उत्पादनात्मक कार्ड (उत्पादन पर भी छात्र प्रति संलग्न करें।)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने वाली या उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मायाका/प्रतिज्ञा से जारी की गई प्रतिनिधि सूची संलग्न						
1.	TUBERCULOSIS - CHEST - L.R.						
2.	SURGERY - LG (SICKNESS)						
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED और यह सहायता राशि		

