

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building Block of life

APPLICATION No.: K/1248/2037 APPLICATION DATE: 18/12/18  
आवेदन क्रमांक: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AJOY KHAMARU AGE-YEARS: 62 SEX: M  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: AMULYA KHAMARU  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: NETRA, SOUTH 24 PARGANAS, 743368,  
CURRENT BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: FARMER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 16000 x 12 = 19,200/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. यदि कोई हो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No  
हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | AJOY KHAMARU                                      | 62                         | M              | SELF                                            |
| 2.                     | AMULYA KHAMARU                                    | 55                         | F              | WIFE                                            |
| 3.                     | ANURAG KHAMARU                                    | 33                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | URVILA KHAMARU                                    | 30                         | F              | DAUGHTER                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                  |                                                                                         |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                    |
| 2.                     | SURGERY - RE (SICS + IOL)                                                                    |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

