

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No.: 12/12/2066		APPLICATION DATE: 18/12/18			
NAME of APPLICANT: JESIMAN SANFUI		AGE-YEARS: 37	SEX: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ARAPHALI SANFUI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MEDHARBOO, UTTAR MOUKHALI, SOULTH 24 PARGANAS, 743329, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				(Attach Proof of Income)	
PAN No. XXXX XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (H) / No (X)					
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)					
Sr. No. क्र. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	JESIMAN SANFUI	37	F	SELF	
2.	ARAPHALI SANFUI	65	M	HUSBAND	
3.	ASGAR ALI SANFUI	18	M	SON	
4.	USIRAJ SANFUI	15	M	SON	
5.	ASHIMAN SANFUI	11	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निवेदि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (अलग पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निवेदि गले निम्नी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टीका से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED लेने वाली सहायता राशि	

