

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Smiles of the	
APPLICATION No. : (आवेदन क्रमांक) : K/12/8/2067		APPLICATION DATE : (आवेदन तिथि) : 18/12/18					
NAME of APPLICANT : (आवेदक का नाम) : JAITUN NESHA		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 71		SEX लिंग : F		 	
FATHER/SPOUSE'S NAME : (पिता/पति का नाम) : MOHAMMAD FARUQUE MIYA							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास स्थान NEAR MASJID, SINGAHI, SILIGAN, HOSSAINGANG, BIKAR, 841237							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास स्थान AS ABOVE							
OCCUPATION : (व्यवसाय) : HOME MAKER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME : (कुल वार्षिक आय) : NIL				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. क्या है (आपके पास) : 							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (क्या आप आय करदाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं))							
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण							
Sr. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (उम्र (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक के साथ सम्बन्ध)			
1.	JAITUN NESHA	71	F	SELF			
2.	SHAHIR HOSSAIN	68	M	SON			
3.	ALI HOSSAIN	43	M	SON			
4.	SUPTARA NESHA	40	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) (सहायता के लिए किसी आधार का चिह्न लगाएं)							
BPL Card (Attach Card Copy) (आय कर के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति प्रमाण को))		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (आय कर का प्रमाण पर (आय पर की जाय प्रति प्रमाण को))		Ration Card (Attach Copy) (आय कर का प्रमाण पर (आय पर की जाय प्रति प्रमाण को))		Any Other Basis/Proof (आय को प्रमाण)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: (सहायता हेतु किसे करने विषय का उद्देश्य)							
Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (आय/स्वास्थ्य से जारी की गई प्रमाणित सूची प्रमाण)						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT RE						
2.	SURGERY - RE (SUSP+IOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त है या नहीं?)							
Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (कितनी सहायता मिली)			

