

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building Block of life

APPLICATION No.: K/1218/2079

APPLICATION DATE: 18/12/18

NAME of APPLICANT: SWAPAN BHATTACHARYA

AGE-YEARS 75

SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

SUKUMAR BHATTACHARYA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास

7, SANKAR PARA LANE, KAMARHATI, ARIDHATA, NORTH 24 PARGANAS, 700057, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास

AS ABOVE

OCCUPATION:

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

(Attach Proof of Income)  
(आपका आय प्रमाण)

PAN No. (आपका PAN नंबर)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

आप आय कर का दावा करते हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1.                     | SWAPAN BHATTACHARYA                             | 75                         | M              | SELF                                          |
| 2.                     | DIPALI BHATTACHARYA                             | 60                         | F              | SISTER                                        |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

|                                                                                                           |                                                                                                                  |                                                                                              |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| SPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के तहत 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 Card Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य मिलेगा या उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आपका/आपकी डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | OPHTHALMOLOGIC - CATARACT - LE                                                                 |
| 2.                     | SURGERY - LE (Surgical)                                                                        |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |

## ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>आपका स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED<br>तो यह सहायता कितनी |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

