

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/12/8/2087		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 19/10/18		 	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : CHHAMIRUN BIBI MOLA		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 50	SEX / लिंग : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : LUTHFAR MOLA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : 14 CHHATO MALLA KHALI BANCA PARA, NALLAKHALLI, GOSABA, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता : AS ABOVE					
OCCUPATION / व्यवसाय : DOMESTIC HELP		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : RS. 1000 x 12 = 12000/-		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. / आयकर संख्या : NA					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आयकरदाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी या निशान लगाएं) Yes / हाँ ☒ / No / 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 के साथ सम्बन्ध	
1.	CHHAMIRUN BIBI MOLA	50	F	SELF	
2.	LUTHFAR MOLA	60	M	HUSBAND	
3.	HAIRUL MOLA	27	M	SON	
4.	SATIAUL MOLA	24	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रखा को, सीधे प्रत्यक्ष पर (प्रमाण पर को साथ प्रती प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर को साथ प्रती प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर को साथ प्रती प्रस्तुत करें)	
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गने निम्नी का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत करें				
1.	DIAGNOSIS- CATARRH-LE				
2.	SURGERY-LE (STAP 2 TOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त प्राप्त हो?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / से प्राप्त सहायता राशि			

