

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0110/2736		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
				23/01/19	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		SABITA MONDAL		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				60	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम				BISWANATH MONDAL	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता					
A-560, SUKANTA NAGAR, BIDHAN NAGAR, SAHIBPUR, NORTH 24 PARGANAS - 743092, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता					
As Above					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
HOME MAKER				✓	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
NIL					
PAN No. : आय कर पहचान संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)				Yes / No हां / 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.	SABITA MONDAL	60	F	SELF	
2.	SILA NAYAK	46	F	DAUGHTER	
3.	BARATI SARKAR	42	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के निम्न विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मरे किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SCS + FOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	

