

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1119/2001 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 6/11/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SHAMBHU DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 49	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHANDANA DAS पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्धमान जिला BARDHAMAN, KHANDAGHOSH, BURDWAN, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वही ठेगाना — AS ABOVE —				
OCCUPATION: SECURITY GUARD व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2200 X 12 = 26400/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. क्या है? ☒ हाँ / ☐ नहीं				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर चिह्न लगाएं)				
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.	SHAMBHU DAS	49	M	SELF
2.	CHANDANA DAS	47	F	WIFE
3.	SUJANTA DAS	24	M	SON
4.	SUJANTA DAS	20	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसदानी कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्न कारण				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन श्रुति संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — IE			
2.	SURGERY — IE (SIC 8 + 104)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

