

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : <u>K/1119/2004</u>		APPLICATION DATE : <u>6/11/2019</u>			
NAME of APPLICANT : <u>ANIMA ADHIKARY</u>		AGE-YEARS <u>51</u>		SEX <u>F</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>PURNA CHANDRA SINGH</u>					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>P.K. BISWAS ROAD, KHARDAHA, NORTH 24</u> <u>PARGANAS TUMDI, WEST BENGAL</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u>					
OCCUPATION : <u>HOUSEWIFE</u>				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>RS 2900 X 12 = 25200/-</u>				(Attach Proof of Income)	
PAM No. <u>स्वास्थ्य सहायता संख्या</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / NO हा / 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	ANIMA ADHIKARY	51	F	SELF	
2	ASIT ADHIKARY	54	M	HUSBAND	
3	ABHILASH ADHIKARY	23	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार					
SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रती चिह्नित करो)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रती चिह्नित करो)		Ration Card (Attach Copy) रसमोचन कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रती चिह्नित करो)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये विषयों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न				
1.	DS AGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोतों से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं गई सहायता राशि			

