

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/11119/2010 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/11/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: URMILA MAJHI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 68	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUBODH MAJHI पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>PASCHIM DANDIKHAL, GUTKA, BASIRKHAL, NORTH 24 PARGANAS 743411, WEST BENGAL</u> वर्तमान निवास पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u> स्थायी निवास पता				
OCCUPATION: <u>HOMEMAKER</u> व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>RS 1300 X 12 = 15,600/-</u> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. <u>स्वास्थ्य खात संख्या</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो खाने हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / NO हाँ / 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 संबंध
1.	URMILA MAJHI	68	F	SELF
2.	SHANKAR MAJHI	38	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
EPL Card (Attach Card Copy) मरीजी रिकॉर्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EYES Certificate (Attach Certificate Copy) आयुष्य वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्य/वैद्यकीय से बाप की प्रतिलिपि प्रमाण पत्र			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SIS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त किया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता की राशि	



