

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : K/1199/2027		APPLICATION DATE : 8/11/2019			
NAME of APPLICANT : ABDUR ROUP GAZI		AGE-YEARS : 57	SEX : M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GOLAM RAHAMAN GAZI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : UTTARPARA, UTTAR DEBTPUR, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS 743291, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : LABOURER		MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2100 X 12 = 25200/-		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 सम्बन्ध	
1	ABDUR ROUP GAZI	57	M	SELF	
2	HALIMA BIRT	36	F	WIFE	
3	NAZRUL GAZI	31	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या विनियम का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — 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 स्रोत से प्राप्त या हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		



