

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/11/19/2030		APPLICATION DATE: 8/11/2019			
NAME of APPLICANT: MD ABDUL WADUD MOLLA		AGE-YEARS: 55		SEX: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HAJI ASMATULLAH MOLLA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: UTTAR DEBIPUR, CHAMPA BAKHURIA, NORTH 24 PARGANAS 743291, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: LABOURER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 X 12 = 24000/-				(Attach Proof of Income) (आप का सक्षम प्रमाण)	
PAN No. सवाई खाता संख्या					
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.	MD ABDUL WALIA MOLLA	55	M	SELF	
2.	SEENA BEGUM	51	F	WIFE	
3.	MD MASSUM	29	M	SON	
4.	IBNU ARABIA	33	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवक्षित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय का कोष्ठक प्रमाण प्रमाण करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय का (आय का कोष्ठक प्रमाण प्रमाण करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय का कोष्ठक प्रमाण प्रमाण करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवक्षित उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से जुड़े कोई भी प्रमाणित दवाई 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 लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	

