

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : K/1119/2031 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 8/11/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : NUR JAHAN BIBI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 79	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : CHHAMECHHAL MUFTI पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता NEBRA, BHABLA, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS 743422, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION : HOMEMAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1300 X 12 = 95,600/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
PAN No. स्पष्टीकरण संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) Yes / NO हां / 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	NUR JAHAN BIBI	79	F	SELF
2	ISHAD ALI MUFTI	34	M	SON
3	HAKSHAD ALI MUFTI	31	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/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 लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		



