

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : K11119/2033		APPLICATION DATE : 8/11/2019		
NAME of APPLICANT : ALOMATI PRAMANIK		AGE-YEARS 58	SEX F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NINAI PRAMANIK				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : BARDOGA HADIA, SOUTH 24 PARGANAS 700-150, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE				
OCCUPATION : HOUSEMAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600 X 12 = 19200/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. सहायता हेतु संलग्न				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हैं / 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.	ALOMATI PRAMANIK	58	F	SELF
2.	KASUDEB PRAMANIK	22	M	SON
3.	JIGAL PRAMANIK	23	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
EPL Card (Attach Card Copy) गरीब रेशन 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) रसमयका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SISS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

