

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No. : K/1119/2035		APPLICATION DATE : 8/11/2019			
NAME of APPLICANT : BHUPAL RISHI DAS		AGE-YEARS : 48	SEX : M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PARITOSH RISHI DAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : TAPA, SARISHA, SOUTH 24 PARGANAS, 743368, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : FARMER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700X12 = 20400/-				(Attach Proof of Income) (आप का दस्तावेज संलग्न करें)	
PAM No. : संलग्न					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) : ☒ Yes / हाँ / ☐ No / 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 अर्पण के साथ संबंध	
1.	BHUPAL RISHI DAS	48	M	SELF	
2.	PRATIMA RISHI DAS	45	F	WIFE	
3.	TUSHAR RISHI DAS	26	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नलिखित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्नलिखित का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रातिपद से चर्चा की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किताब 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	

