

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1219/2082 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 23/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: RUPA ROUTH आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 33	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MOHAN ROUTH पिता/सहस्र का नाम		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>FLAT A, CANNING, SOUTH 24 PARGANNA</u> <u>743329, WEST BENGAL</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>				
OCCUPATION: <u>HOUSE WIFE</u>				
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>RS 2200 X 2 = 26400/-</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
PAN No. <u>XXXXXX</u>		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 संबंध
1.	RUPA ROUTH	33	F	SELF
2.	KASHI ROUTH	15	M	SON
3.	SANAT ROUTH	30	M	HUSBAND
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविडन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (STES + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त प्राप्त हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं प्राप्त सहायता राशि	

