

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1219/2725 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 24/12/2019 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: AMIT BISWAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 47	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BIJAY BISWAS पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BELITALA, KOWBACHHI, SHYAMNAGAR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: LABOURER			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1600 x 12 = 19,200/- कुल वार्षिक आय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)	
PAN No. सवाई खाता संख्या		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):	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण		Yes / No हां / नहीं	
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
1.	AMIT BISWAS	47	M
2.	MA PANKAJ BISWAS	48	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार		Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच की जा सकती है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच की जा सकती है)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पर की जांच की जा सकती है)	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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 एक वर्ष सहायता राशि	

