

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.			
APPLICATION No. : 15/12/19/2753 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 25/12/2019 आवेदन तिथि		 			
NAME of APPLICANT : SANTOSH RANA आवेदक का नाम		AGE-YEARS : 41 वयस-वर्ष				SEX : M लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ATUL RANA पिता/सहोदर का नाम							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 100/1 B.N. MUKHERJEE ROAD, BARANAGAR, ALAMBAZAR, NORTH 24 PARGANAS, 700033, WEST BENGAL वर्तमान निवास पता							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE स्थायी निवास पता							
OCCUPATION : CONTRACT LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1600 x 12 = 21,600/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का दस्तावेज संलग्न)					
PAN No. : [Blank] सवाई खाता संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर गंभीरता से चिह्नित करें)		Yes / No हां / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वयस (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
1.	SANTOSH RANA	41	M	SELF			
2.	ARPITA RANA	34	F	WIFE			
3.	KRISHNA RANA	13	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)			
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनिर्दिष्ट का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित प्रतियाँ संलग्न						
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE						
2.	SURGERY — LE (SIGES + TOK)						
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त करने का उद्देश्य क्या है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE सी गई सहायता राशि				

