

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य रक्षण)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1217/2818 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 28/12/2019 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: SUJATA RAY आवेदक का नाम		AGE-YEARS उम्र-वर्ष 55	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAMAR BOSE पिता/ससुरा का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता TAPSA ROAD, VOLKATA, BARODA, WEST-BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता AS ABOVE			
OCCUPATION: HOMEMAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 22000 X 12 = 264000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का दस्तावेज संलग्न)	
PAN No. ससुरा का आयकर संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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
1.	SUJATA RAY	55	F
2.	SAMAR RAY	55	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध			
SELF SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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) उपभोग्य 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 — LE		
2.	SURGERY — LE (PCS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोतों से लिये गये हैं?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE ली गई सहायता राशि	

