

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0120/2950

APPLICATION DATE: 1/1/2020

NAME of APPLICANT: BELEHAR BIBI

AGE-YEARS 70

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ABDUL GARI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: TENTULIA, CHHATTISGARH, BARASAT, NORTH 24 PARGANAS 743254, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. यदि छीलें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / NO

हाँ / 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.	BELEHAR BIBI	70	F	SELF
2.	ABDUL GARI	72	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए कितने आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) रसदवाज कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने मने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रशिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE सी गई सहायता राशी

