

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/2983 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 2/1/2020 आवेदन तिथि		 	
NAME of APPLICANT: SWARAJ DEBNATH आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 83	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RASARAJ DEBNATH पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता UDAYNAGAR, SHYAMNAGAR, GHATPARA, NORTH 24 PARGANAS, 743027, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — HIS ABOVE —					
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1300 X 12 = 15600/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. सर्वोच्च खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्नन करें।)					
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 सम्बन्ध	
1.	SWARAJ DEBNATH	83	M	SELF	
2.	RASARAJ DEBNATH	81	M	SON	
3.	MAHESH DEBNATH	48	M	SON	
4.	NARESH DEBNATH	48	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
EPL Card (Attach Card Copy) महिला रेशन कार्ड के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करना है)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करना है)		Ration Card (Attach Copy) रस्योमल कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करना है)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किन्ने गये विधियों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (STCST+IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ने अन्य स्रोत से सिद्ध गये हैं?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE सी गई सहायता राशी		

