

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)		Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No.: K/0120/2996 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 3/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: ILA MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 52 वयस-वर्ष	SEX: F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KALTI KRISHNA GAYEN पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बसोबास का पता BARADRUVA, SOUTH 24 PARGANAS 743332, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास AS ABOVE				
OCCUPATION: DOMESTIC HELP व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)		
PAN No. संपादित नहीं				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल करते हैं? (जो सत्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	ILA MONDAL	52	F	SELF
2.	KALTI KRISHNA GAYEN	28	F	SON
3.	DIPU MONDAL	25	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मंजूर किया जा रहा है:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICS+PTOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसे प्राप्त की जा रही है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिल रही है	



