

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: K/0120/3012 अवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 4/1/2020 अवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SANKARI DAS अवेदन का नाम		AGE-YEARS 51 वयस वर्ष	SEX F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BANAMALI GHOSH पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 31/11/39 BELLEGHATA MAIN ROAD, K.G. ROSE SARA NT, PILOUS AVENUE, KOLKATA 700085, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 16000 X 12 = 192000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. सवाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का छल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)				
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 आवेदन के साथ संबंध
1.	SANKARI DAS	51	F	SELF
2.	BANAMALI DAS	56	M	HUSBAND
3.	BANAMALI DAS	26	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नलिखित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) व्ययोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्नलिखित उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई अतिरिक्त भुवि संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LF			
2.	SURGERY — LF (STICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि	

