

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/3013 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 4/1/2020 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: HAIDER ALI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 53	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RIYAZ HUSSAIN पिता/हस्ताक्षर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान निवासस्थान पता 166/H/81, KASHAHS CHANDRA SEN STREET, KOLKATA, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता — AS ABOVE —			
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1400 X 12 = 16800 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)	
PAN No. सवाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (को सही ढंग से टिक करें या नहीं का निश्चय करें) Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	HAIDER ALI	53	M
Relation with Applicant आवेदक से संबंध		SELF	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियमित आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर को जांच करें और चिह्नित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर को जांच करें और चिह्नित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर को जांच करें और चिह्नित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लक्ष्य विनियमित का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिफल से जारी की गई आवेदन भूमी संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE		
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता मिली अन्य स्रोतों से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि	



