

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0120/3021 अवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 4/1/2020 अवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: ABUL KHAYER अवेदक का नाम		AGE-YEARS वर्ष-वर्ष 60	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KHOSHLALL KHAYER पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KADAMBARA, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL वर्तमान निवास पता			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी निवास पता			
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 X 12 = 19200/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)	
PAN No. क्या है? (आपका पास है)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)			
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	ABUL KHAYER	60	M
2.	PARANITA KOLEY	87	F
3.	MAHAN KHAYER	24	M
Relation with Applicant अवेदक से संबंध			
SELF DAUGHTER SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे नये विनियम का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवा/उपचार भूतल संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (SLCS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से ली जा चुकी है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि	



