

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: K/0120/3093 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/1/2020 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: SDMNATH GHOSH आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 71	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ANANDAMOHAN GHOSH पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>SHUREHAT, HOWRAH 711002, WEST BENGAL</u> वर्तमान निवास पता			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u> स्थायी निवास पता			
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1300 x 12 = 15600/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)	
PAN No. <u>रखा नहीं</u>			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाइए)			
Yes / No हां / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	SDMNATH GHOSH	71	M
2	DEBASANJAN GHOSH	22	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध		SELF BROTHER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 2 लाख तक आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित कारण:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न		
1	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2	SURGERY — LE (LEFT EYE)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि	

