

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building Block of Life		
APPLICATION No.: K/0120/3095 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: HADESAN KHA आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 45 वयस-वर्ष	SEX: F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MAJED KHA पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MASHILA, SANKRAIL SADAR, HOWRAH, WEST BENGAL वर्तमान निवास पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी निवास पता				
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 प्रमाण संलग्न करें)		
PAN No. [Blank] (आपका PAN संख्या)				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (को खान्य हो उस पर सही का चिह्नन संकल्पें)				
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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	HADESAN KHA	45	F	SELF
2.	MAJED KHA	52	M	SON
3.	MAJED KHA	52	M	HUSBAND
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसमयोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनती का उद्देश्य				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारेण सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSTICS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - LE (SICS+IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों 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	

