

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. 1 आवेदन संख्या: K/0120/3104		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 7/1/2020			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: CHANDMUNE JAISWARA		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 51	SEX लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: KRISHNA JAISWARA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पर: 16 P.K. BISWAS ROAD, KHEIRDAH, NORTH-24 PARAGANAS TOWN, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पर: — AS ABOVE —					
OCCUPATION: व्यवसाय: COOK		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: RS. 14000 x 12 = 168000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. (यदि प्राप्त हो):					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं):		Yes / No हां / नहीं			
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध	
1.	CHANDMUNE JAISWARA	51	F	SELF	
2.	SUMAN JAISWARA	23	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नलिखित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) व्यवसाय कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु: निम्नलिखित उद्देश्यों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की प्रतिलिपि संलग्न				
1.	DIAGNOSTICS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (YES + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता की राशि		

