

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/0120/3107 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: BULU BISWAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 46	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NIRMAL SIL पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता KHAIRAH, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 17000 X 12 = 204000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. संपादित नहीं				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं): Yes / No हाँ / नहीं				
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.	BULU BISWAS	46	F	SELF
2.	SUDRAV BISWAS	20	M	SON
3.	NIRMAL BISWAS	48	M	HUSBAND
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रति प्रमाण करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच प्रति प्रमाण करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जांच प्रति प्रमाण करें)
Any Other Bank/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विधियों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — 1E			
2.	SURGERY — CE (SILS + TOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED करी गई सहायता राशि	

