

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य रक्षामार्ग)		Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No.: K/0120/3117 अवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/1/2020 अवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: NARAYAN CHANDRA PODDAR अवेदन का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 55	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHITTARANJAN PODDAR पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 139 GIDHANA NAGHER ROAD, UTTARANGA MAIN ROAD, KOLKATA 700027, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: Rickshaw Puller व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1000 X 12 = 22800 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)		
PAN No. सॉफ्ट कोपी संलग्न				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सही हो उस पर टिकी का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / 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 अवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	NARAYAN CHANDRA PODDAR	55	M	SELF
2.	CHITRA PODDAR	48	F	WIFE
3.	TELA PODDAR	25	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		Any Other Basic/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने विधि का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/बीमार से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICEST + TOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	

