

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/3184 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 9/1/2020 आवेदन तिथि:			
NAME of APPLICANT: TARIKAN BEGUM आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 70	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAFI ALAM पिता/हस्ताक्षर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता 65/H/18, COSSITORE ROAD, BOKRATHA 700002, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता AS ABOVE					
OCCUPATION : HOME MAKER व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1300 X 12 = 15600/- कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।)					
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.	TARIKAN BEGUM	70	F	SELF	
2.	RAHIM ALAM	39	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें।)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (STICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILD 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 AVAILD ली गई सहायता राशी	

