

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: K/0120/3851		APPLICATION DATE: 09/01/2020		
NAME of APPLICANT: MEJATAN BEWA		AGE-YEARS: 75	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AMJAT SK				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BAKULPUR, GURUPUR, BANTAKHAL, MURSHIDABAD 742304, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -				
OCCUPATION: HOMEMAKER		MARRIED (निम्नलिखित) / UNMARRIED (अनिम्नलिखित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 x 12 = 19200/-		(Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)		
PAN No. (यदि उपलब्ध):				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MEJATAN BEWA	75	F	SELF
2.	MARENA BEWA	48	F	DAUGHTER
3.	MURSHIDA BEWA	45	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नलिखित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु देने गये निम्नलिखित कारण:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया प्रतिलिपि संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - LE (SECS - 1000)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं प्राप्त राशि	

