

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षक)

Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: **K/0126/272** APPLICATION DATE: **09.01.2024**
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **BHARAT BAIDYA** AGE-YEARS **65** SEX **M**
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **PHANI BHUSHAN BAIDYA**
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **रहमान अवासीय पता**
2/21, DUMDUM ROAD, PASSIDORE, KOLKATA, 700007.

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थायी अवासीय पता**
AS ABOVE



OCCUPATION: **FARMER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **20000 x 12 = 240000/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **स्थाई खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) 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	BHARAT BAIDYA	65	M	SELF
2	MINU BAIDYA	67	F	WIFE
3	GOURANGA BAIDYA	32	M	SON
4	MALLIKA BAIDYA	24	F	DAUGHTER
5	RUMA BAIDYA	21	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
साहाय्य के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपग्रह पत्र (उपग्रह पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपग्रह पत्र (उपग्रह पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपग्रह 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 सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT(LE)
2.	SURGERY(LE) - STICS & IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य साहाय्य किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सौ पर्य साहाय्य पुराी
------------------------	---	---

