

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/DIRG/2181	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 10.01.2026	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: KUTUBUDDIN BAIDYA	AGE-YEARS आयु-वर्ष: 51	SEX लिंग: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम: IYAR BAIDYA		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: KAWRAKHALI, MATHISARI ABAD, NORTH 24 PARGANAS - 743442, WEST BENGAL.		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता: AS ABOVE		
OCCUPATION: व्यवसाय: TEA SHOP	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 20000 X 12 = 24,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई 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 लगाएं): Yes (हाँ) / No (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.	KUTUBUDDIN BAIDYA	51	M	SELF
2.	BIPTYA BAIDYA	45	F	WIFE
3.	INTA MAMUL HAQUE	22	M	SON
4.	ENAMUL BAIDYA	19	M	SON
5.	BALMA BAIDYA	16	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की 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.	DIAGNOSTICS = CATARACT (LE)
2.	SURGERY (LE) = SICCS + IOL

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 सी गई सहायता राशी

