

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building block of life.

 APPLICATION No.: 4/0424/0109  
 आवेदन संख्या:

 APPLICATION DATE: 22.04.24  
 आवेदन तिथि:

 NAME of APPLICANT: MD. MUMTAZ  
 आवेदक का नाम:

 AGE-YEARS 70  
 आयु-वर्ष:

 SEX 70 M  
 लिंग:

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD. MUSTAK  
 पिता/पत्न्या का नाम:

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 RATA RAM MOHAN SARANI  
 S.O. KOLKATA - 700009  
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

 OCCUPATION: FARMER  
 व्यवसाय:

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 X 12 = 48,000  
 वार्षिक आय:

 (Attach Proof of Income)  
 (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्मार्ट खंड संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर देता हैं (जो सत्य हो उस क चिह्न का निशान लगाएं)

 Yes / No  
 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.	MD. MUMTAZ	70	M	SELF
2.	IMTIYAZ AHAM	50	M	SON
3.	FATIAZ AHAM	45	M	SON

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
 सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु किसे करने विन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
	SURGERY - RE (SICSTROL)

 ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED ली गई सहायता राशी

