

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या

K/0523/0148

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि

08/05/23

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

ABELA KAHAR

AGE/YEARS :  
वर्ष

63

SEX :  
लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/कटुस्थ का नाम

ARPAN KAHAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :  
वर्तमान आवासीय पताJAYPUK, GOPMAHAL, MADHYAPARA, GHORAKA 5 KULINGRAM,  
BADIKHAT, NORTH 24 PARGANAS, 743428, WEST BENGALPERMANENT RESIDENCE ADDRESS :  
स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :  
व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)PAN No. :  
स्वयं स्वतंत्र संख्याARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर शाली हैं। जो मान्य हो उसे या सही का चिह्न लगाए।Yes / हा /  
No / नहींFAMILY 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.	ABELA KAHAR	63	F	SELF
2.	GUSHI KAHAR	40	M	SON
3.	MOUSOMI KAHAR	36	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):  
सहायता के लिये विवृति 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE :  
सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 ली गई सहायता राशि

