

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
Koshika foundation Building block of life.					
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : K/0624/0312			APPLICATION DATE आवेदन तिथि 17/06/24		
NAME of APPLICANT: आवेदना का नाम TULSI PORUI			AGE-YEARS वर्षों में 57		GENDER लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम MINTU PORUI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पर DIHIGACHHI, KHASBALANDA, NORTH 24 PARGANAS, JALPAIGURI WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : मूल निवासस्थान पर AS ABOVE					
OCCUPATION: व्यवसाय MAID			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 1500 x 12 = 18,000/-			(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. यदि प्राप्त हो तो					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable). क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न दें।)					
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 से संबंध	
1.	TULSI PORUI	57	F	SELF	
2.	SURJEN PORUI	23	M	SON	
3.	PARAN PORUI	24	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के साथ 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 किसे क्या बिबली का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों तथा सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SIES + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली या नहीं?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई भी सहायता राशि	

2

- AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE 24) 15-11

- AGREEMENT by HOSPITAL: (STANDARD USE ONLY)

10.03.2022