

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K / 1025 / 1556 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 20/10/25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: AMIRUL MOLLA AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 60 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्यका का नाम: JAMATALI MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:  
BANDUNIA, LANNINGHILL SOUTH 29 PARKMANAS  
743502, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:  
AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: DRIVER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 8000 x 12 = 86000/- (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या:                      Yes / No / हाँ / नहीं:  /

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 संबंध
1	AMIRUL MOLLA	60	M	SELF
2	ALEVA BIBI	51	F	WIFE
3	ANTARUL MOLLA	25	F	SUN
4	MINUARA BIBI	21	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) / एचडी 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) / उपभोक्ता 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	DIAGNOSIS: CATARACT
2	SURGERY: RE (SIGHT)

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 / ली गई सहायता राशी

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या :

K / 1025 / 1536

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि

20/10/25

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

AMIRUL MOLLA

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

60

SEX लिंग

M

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

JAMATALI MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BANUNDA, LANNING TI, SOUTH 29 PARKMANAS  
735007, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:  
उद्योग

DRIVER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

8000 x 12 = 86000/-

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

PAN No. स्याई नंका 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 / No  
हां / 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 संबंध
1	AMIRUL MOLLA	60	M	SELF
2	ALEVA BIBI	51	F	WIFE
3	ANTARUL MOLLA	25	F	SAR
4	MINUARA BIBI	21	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) एपीबी 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे गये विनीत का उद्देश्य:

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

**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 ली गई सहायता राशी