

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No.: K/1218/1685		APPLICATION DATE: 3/12/18		 	
NAME of APPLICANT: PRATAP SARDAR		AGE-YEARS 66 SEX M			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DHIREN SARDAR		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BHABEN MONDALER PARA, BUDHAKHALI, CANNING, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)			
PAN No. XXXXXX XXXX		Yea / No Yea			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): YES / NO NO					
FAMILY DETAILS: संलग्न विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	PRATAP SARDAR	66	M	SELF	
2.	JAMUNA SARDAR	57	F	WIFE	
3.	MANI SARDAR	24	M	SON	
4.	MALLIKA SARDAR	20	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रिकार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (सहायता के लिये प्रमाण प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग का प्रमाण पत्र (सहायता के लिये प्रमाण प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (सहायता के लिये प्रमाण प्रस्तुत करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न कले विवरण का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपस/प्रीस्क्रिप्शन से भरी की गई प्रतिवेदन प्रतिलिपि संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SUCCESSFUL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि		

