

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/1218/1090		APPLICATION DATE: 3/12/18			
NAME of APPLICANT: SANTI BHOWMICK		AGE-YEARS: 70	SEX: F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: ARNAB BHOWMICK					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: CHARLA NEAR TAKENATAL MANDIR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL		 			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)			
PAN No. XXXX XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आपके साथ संबंध	
1.	SANTI BHOWMICK	70	F	SELF	
2.	ARNAB BHOWMICK	70	M	HUSBAND	
3.	MOUSUMI GHOSH	46	F	DAUGHTER	
4.	STUTI GHOSH	41	F	DAUGHTER	
5.	ANIL DEY	38	M	DAUGHTER	
6.	ANIMESH BHOWMICK	25	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पोले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार पर 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 प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लगे निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जुड़े डॉक्टर की पर्ची/प्रातिवेदन भुकी संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी हेतु सहायता की राशि		

