

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : W/1218/1096		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 2/12/18		 	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SAHDUL ISLAM MONDAL		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 58	SEX लिंग : M		
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम : CHANCHUR MONDAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता : CHAKRA BOYKOLA, DEWINGA, NORTH 24 PARGANAS, 743425, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासी पता : AS ABOVE					
OCCUPATION / व्यवसाय : LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : Rs. 1500x12 = 18000		(Attach Proof of Income) (आप का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. / आय कर संख्या : 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	SAHDUL ISLAM MONDAL	58	M	SELF	
2.	RAHIMA BEBI	46	F	WIFE	
3.	MAHDUL ISLAM	23	M	SON	
4.	TANVILA KILATON	19	F	DAUGHTER	
5.	TANUJA KILATON	15	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु करने वाले विवरी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी को गई प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RP				
2.	SURGERY - RE (EXCISE)				
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त प्राप्त हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED उसी गई सहायता का राशि			

