

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य सहायता)		 Koshika Foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. : <u>K/1218/1722</u>		APPLICATION DATE : <u>4/10/22</u>			
NAME of APPLICANT : <u>SHRIKANTA PAL</u>		AGE-YEARS : <u>56</u>		SEX : <u>M</u>	
FATHER/SPOUSE'S NAME : <u>DULALCHANDRA PAL</u>					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>MAHARAJA PURA ANSHA KAPUR</u> <u>CLUBBERIA, HOWRAH, 711316, WEST BENGAL</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u>					
OCCUPATION : <u>LABOURER</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>Rs 1800 x 12 = 21600/-</u>		(Attach Proof of Income)			
PAN No. : <u>XXXXXX1234</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No ☒ हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)					
Sr. No. क्र.सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध	
1.	SHRIKANTA PAL	56	M	SELF	
2.	MAHARAJA PAL	45	F	WIFE	
3.	HEMANTA PAL	21	M	SON	
4.	KABERI PAL	18	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) आपूर्ति कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गए निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्र.सं.		Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिलिपि संलग्न			
1.		TRAUMATISM - CATARACT - LE			
2.		SURGERY - LE (Cataract)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो?					
Sr. No. क्र.सं.		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि	

