

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0119/2803		APPLICATION DATE: 24/01/19.					
NAME of APPLICANT: RAM RANI DEVI		AGE-YEARS: 60		SEX: F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SWAPAN SHAW.						 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 80/7 KALONIA MANDAL, BHATIPARA NORTH 24 PARAGANAS 743126, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AT ABOVE -							
OCCUPATION: HOUSE WIFE.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)					
PAN No. SWAD1234567890		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.	RAM RANI DEVI	60	F	SELF			
2.	SWAPAN SHAW	58	M	HUSBAND			
3.	KARTIK SHAW	41	M	SON			
4.	MUNNA SHAW	38	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"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 प्रिलिखित दवाही संलग्न					
1.		DIAGNOSIS - CATARACT - LE					
2.		SURGERY - LE (Left Eye)					
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 हो गई सहायता राशि		

