

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/0110/2839 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 25/01/19 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: GANGA SARDAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 59	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GAUR SARDAR पिता/सहोदर का नाम		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: राबिण उपग्राम पथ RAJAHMATHPUR, UTTAR RAJAHMATHPUR SOUTH RAJAHMATHPUR, 7548332, WEST BENGAL.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: राबिण उपग्राम पथ - AS ABOVE -				
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
PAN No. राबिण उपग्राम पथ				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):				
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	GANGA SARDAR	59	F	SELF
2	GAUR SARDAR	50	M	HUSBAND
3	AMIT SARDAR	56	M	SON
4	RAJESHWAR SARDAR	53	M	SON
5	ASHOK SARDAR	29	M	SON
6	RHAGHAI SARDAR	26	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी लेख के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये विक्री का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS 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 लिय गयी है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी गति सहायता धरती	

