

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K/0619/0456

APPLICATION DATE : 13/6/19

NAME of APPLICANT : MD. ISLAM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ABDUL MAZID.

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

65/1, BL 02, BARDHARA RAMLAHSA BUSTILANA,
NORTH 24 PARGANAS 743394, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION : UNEMPLOYED.

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs 1700 x 12 = 22800/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / NO

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 सम्बंध
1	MD. ISLAM	61	M	SELF
2	FEROZA KHATOON	53	F	WIFE
3	MARHAT ALAM	19	M	SON
4	MS. ISRAFI	26	M	SON
5	TASLIMA KHATOON	22	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	---

"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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (SIC + IOL)

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 राशी

