

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0919/1560		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 9/9/19			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : CHHABURA BJBZ		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 59	SEX लिंग : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : CHURAT					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : DARSHEN HINGALGANI, KALUPARA, NORTH 24 PARAGANAS 743435, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : - AS ABOVE -					
OCCUPATION : व्यवसाय : HOME MAKER			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : RS 1700 X 12 = 20400			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या : 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) : Yes / No हां / 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.	CHHABURA BJBZ	59	F	SELF	
2.	BINA KHATUN	36	F	DAUGHTER	
3.	SABANA KHATUN	33	F	DAUGHTER	
4.	SABANA BJBZ	31	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिनिर्देश सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (3x05 + 200)				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILABLE ली गई सहायता राशि		

