

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : 2/0125/1200 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 16/01/25 आवेदन तिथि :		 	
NAME of APPLICANT : ARATI MUNDA आवेदक का नाम :		AGE-YEARS : 63 वयस वर्ष :	SEX : F लिंग :		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PINTU MUNDA पिता/पति का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KOTIABARI, NORTH 24 PARGANAS 743435 वर्तमान आवासीय पता :					
WEST BENGAL PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ARANG स्थायी आवासीय पता :					
OCCUPATION : HOME MAKER व्यवसाय :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ / ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME : 3000X12 = 36,000/- कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य प्रमाण)			
PAN No. : आपका PAN संख्या :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगावे) : 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 से संबंध	
1.	ARATI MUNDA	63	F	SELF	
2.	PINTU MUNDA	63	M	HUSBAND	
3.	RATAN MUNDA	36	M	SON	
4.	CHABI MUNDA	32	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवक्षित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) नीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) अन्नपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवक्षित उद्देश्य					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2	SURGERY — LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

