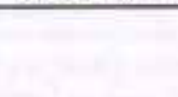


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0125/1730 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 21/01/23 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: NITYANANDA MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS जमान-वर्ष 52	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NARAYAN MONDAL पिता/हस्तुमऱ का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासतीय पत्ता PATHARGHATA AKANDAKESHWARI NORTH 24 PARGANAS 700135 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासतीय पत्ता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: LABOUR व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 X 12 = 48000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. सहाई खाला संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (को मान्य हो उम पर सही को चिहान लगाएं) Yes / No हा / नहीं					
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	NITYANANDA MONDAL	52	M	SELF	
2.	SUREKHA MONDAL	39	F	WIFE	
3.	PRIYA MONDAL	21	F	DAUGHTER	
4.	PAMPA MONDAL	18	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये बिनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये बिचती 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 (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिपा गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE ली गई सहायता रशी	

3

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- Left