

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य उपचार)	 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या		APPLICATION DATE आवेदन तिथि	 	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम		AGE-YEARS वर्ष		
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम		SEX लिंग		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता				
10C ANJUMAN ROAD, BADI MASJID TANTSA BA INITIALLY KOLKATA 700074 WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता				
— AS ABOVE —				
OCCUPATION व्यवसाय		MARITAL STATUS (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय		ATTACH PROOF OF INCOME (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. (यदि प्राप्त है)				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जहाँ लागू हो उस पर तिक करें) (निम्न में से एक चुनें):				
FAMILY DETAILS (परिवार का विवरण)				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1.	FARHANA BANO	59	F	SELF
2.	BILKIS BANO	30	F	DAUGHTER
3.	TABASSUM BANO	35	F	DAUGHTER
4.	SAMIR AHMED	30	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनंति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों का कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी हुई प्रतिलिपि दें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) असम आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी हुई प्रतिलिपि दें)		Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु विनंति का उद्देश्य				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अप्युटल रिपोर्ट्स में क्या डॉक्टर की सलाह/पुष्टि शामिल है:			
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 किसे/कहाँ से प्राप्त होगी?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा राशि प्राप्त होगी		

