

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य विभाग)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No. **K/0225/1904** APPLICATION DATE **11/2/25**

NAME of APPLICANT **RESHMA PARVEEN** AGE/YEARS **48** SEX **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME **SIRAJ ALAM**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **CHORACHAND ROAD, INTALLY, KOLKATA - 700019**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS **AS ABOVE**

OCCUPATION **MASD**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME **5000 X 12 = 60000**

(Attach Proof of Income)  
(आपकी आय का प्रमाण)

PAN No. (आपकी आय संख्या)

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

Yes ☒ No ☐

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो संभव हो उस पर सही चिह्न टिकाने लें)

## FAMILY DETAILS (पति/पत्नी)

| Sr. No.<br>(क्रम संख्या) | Name of Family Member<br>(परिवार के सदस्यों का नाम) | Age (Years)<br>(उम्र (वर्ष)) | Gender<br>(लिंग) | Relation with Applicant<br>(आपका संबंध) |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------------------|
| 1.                       | RESHMA PARVEEN                                      | 48                           | F                | SELF                                    |
| 2.                       | SIRAJ ALAM                                          | 58                           | M                | HUSBAND                                 |
| 3.                       | SUMAYYA SIRAJ                                       | 27                           | F                | DAUGHTER                                |
| 4.                       | YASIR ALAM                                          | 23                           | M                | SON                                     |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनंति आधार

|                                                                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबों का कार्ड के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Card Copy)<br>आपूर्ति कार्ड<br>(आपूर्ति कार्ड की साथ प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई आधार |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

## PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नाम विनंति का कारण

| Sr. No.<br>(क्रम संख्या) | Medical Report/Prescription Attached<br>(आपका डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित प्रमाण संलग्न करें) |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>(क्रम संख्या) | NAME of OTHER SOURCE<br>(अन्य स्रोत का नाम) | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>(नीचे दी गई सहायता राशि) |
|--------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                          |                                             |                                                                |
|                          |                                             |                                                                |
|                          |                                             |                                                                |

