

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

 APPLICATION No.: K/0226/2337
 आवेदन संख्या :

 APPLICATION DATE: 05.02.2026
 आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT: FATEMA BIBI
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

59

F

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HABIBAR HAZI
 पिता/कटुस्थ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

 RAMESHWARPUR, ANTA, NORTH 24
 PARGANAS - 743445, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

AS ABOVE

 OCCUPATION: HOUSEWIFE
 व्यवसाय

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME: 10000 x 12 = 12,00,000/-
 कुल वार्षिक आय

 (Attach Proof of Income)
 (आय का सबूत 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
 हाँ / 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.	FATEMA BIBI	59	F	SELF
2.	ROKIB MONDAL	64	M	HUSBAND
3.	ACHIYA KHATUN	23	F	DAUGHTER
4.	ALIMUDDIN MONDAL	27	M	SON

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 सबूत
---	---	---	---

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये विनतों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (RE)
2.	SURGERY (RE) - SILS + IOL

 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता लयी

