

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		u/0425/0079		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 14/04/2025	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		SUNDARI SARDAR		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
		68		F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम		KANTA SARDAR			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता					
KHULNA, NORTH 24 PARAGANAS.					
743446, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता					
- AS ABOVE -					
OCCUPATION: व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
MAID					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
4000 x 12 = 48,000/-					
PAN No. स्थाई खता 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 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 के साथ सम्बन्ध	
1	SUNDARI SARDAR	68	F	SELF	
2	BARURAM SARDAR	75	M	HUSBAND	
3	DIPAK SARDAR	40	M	SON	
4	DIPALI SARDAR	35	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 विनती 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 AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	

