

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0518/0354		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 14/5/18			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : GAYETRI SEN		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 59	SEX लिंग : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम : PANCHU GOPAL SARKAR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : 4/117 R.M.M.G. LANE, BEZEGHATA, KALKATA 700010, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : -- AS ABOVE --					
OCCUPATION : व्यवसाय : HOUSEWIFE					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : NIL		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. : स्थायी आयकर 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.	GAYETRI SEN	59	F	SELF	
2.	NANDADULAI SEN	63	M	HUSBAND	
3.	SUSTI SEN	26	M	SON	
4.	KAMALA SEN	23	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 विनियम का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीविदेन सूची संलग्न				
1.	Diagnosis - CATARACT Re.				
2.	Surgery - Re (Glaucoma)				
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 हो गई सहायता राशि		

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- AGREEMENT by APPLICANT (අදායකයාගේ අනුමැතිය)

- 2) ये (अलेक्जेंडर) इस बात से साबित हैं कि मेरा नाम, पात, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्यता के स्टैंडर्ड्स से प्रमाणित है मुझे मिला: साक्ष्यता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "बेसिक" प्रत्येक प्रकार के व्यक्ति का निर्णय मजिस्ट्रेट और साक्ष्यकारी होता।

आवेदक के हस्ताक्षर या ओंठों का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (HOURS OF WORK)

2. "कॉलिका काउन्टेशन" से भी यह साधना केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या हमारा इस दोरी यह साधना या किने गये उपचारप्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं हमारा से बीच का विषय है और "कॉलिका काउन्टेशन" इस किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हमारा में ऐसी से इसका मुख्य और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमारा की होती और "कॉलिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)

यन्त्र

सुसुप्त

अभिप्रेक्षण की लक्षणा

Print Eye-Foundation.org

Shaw, J. D., & Shaw, M. (1980). *Shaw, J. D., & Shaw, M.*

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Saxon Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अभिलेख अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

म्यामी इस्लाम ।

ज्यासी इतक्याच २

55-56

कर्मन्तर

by

न्यायी इस्लाम 2