

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0718/0712

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 06/03/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ASTAMBE SARDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

MAHADEB SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PART NO-139, PATPUKUR, NORTH-24 PARGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई 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

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	ASTAMBE SARDAR	58	F	SELF
2	RAM SARDAR	33	M	SON
3	KRISHNA SARDAR	30	M	SON
4	MONI SARDAR	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये 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) 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	TRAUMATIC - CATARACT (L)
2	SURGERY - Lc (GLC+POL)

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 सी 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 (attach 200 with)

- 2) मैं (अपेक्षक) इस बात से साक्ष्य हूँ कि योग, यम, ध्यान, श्रौत और विवाह आदि कि साक्षात् आदर्शों से प्रेरित हो चुके स्वतः साक्षात् का हकार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कौटिल्य" एवम् उसके ज्ञानियों का निर्णय अतीव और अथवाक्यी होता।

आपके एक ही इलाक़े में या अलग-अलग ज़िलों में



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL ID NO. _____)

2. "बोशिका फायनेंस" से ली गई साफ़त जंगल विविध प्रकृति की है। तेली का हथपाता द्वारा दी गई सलाह का विषय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव तेली एवं हथपाता के बीच का विषय है और "बोशिका फायनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हथपाता में तेली के द्वारा प्रस्ताव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी तेली एवं हथपाता की होगी और "बोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निर्णय लगाने)

06/08/18

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

संख्या

कमन्दा

Shashi Bagchi
Secretary
Education & Research Centre

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

समय व पर हस्तगत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED
संज्ञित

REJECTED
समन्वय

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इन्द्रजी

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इम्शान 2

27/10

Signature