

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

K10718/0795

APPLICATION DATE:

11/02/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

PARUL SAHA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

ANIKUNJA BIHARI SAHA

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 7 NO MAHA SAKTI NOGAR TITAGARH,
 NORTH 24 PARGANAS, 800115,
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:

HOME MAKER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी राजस्व संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):

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 सम्बंध
1.	PARUL SAHA	57	F	SELF
2.	SHRUTI SAHA	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी 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 (SI 05101)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली 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 (जमीन दाता)**

- 1) इस प्रश्न का जल्दी हलफना या जल्दी की बात लगाना, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की मुक्ति करता हूँ एवं "भौतिक पराधीनता और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वेरा, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "भौतिक" एम्पू न्यायी, पत्र, वाचकवा दूसरी उद्देश्य से मुझे निलंबित और उपस्थिति में लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रभावित करने में लिप्त अधिकृत है। वेरा प्रश्न का विवरण में हलफ की पक्षों या कार में करने में लिप्त "भौतिक पराधीनता" न न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेरा पत्र, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे बता: सहायता को इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "भौतिक" एम्पू उसके न्यायी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हस्ताक्षर का अंगूठे का निशान



2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ती राई सागरा बंधन विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इम्पलमेंट इस ती राई सागर का बिने लगे उपकार/प्रतिष्ठा का सुकन ऐसी एवं इम्पलमेंट से सोन का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" इस बिना प्रकाश का कोई प्रकाश नहीं है। इसलिने इम्पलमेंट में ऐसी क इलाक सुकन और लगे लगे की गरी विमोदारी ऐसी एवं इम्पलमेंट की गरी और "कॉशिका" की कोई सुकन का विमोदारी इस यगले में की होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद इत्यादितः अधिकृत अधिकारी

10/2/78