

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1018/1396

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/10/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

UTTHAN BANIK

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

DHANANJAY BANIK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

NASKAR SARDAR, MOSALMAN PARA, BALLABHUPUR
65, MANDIRBAZAR, SOUTH 24 PARGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आय संख्या

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

क्या आप आय कर चुकते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

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	UTTHAN BANIK	62	M	SELF
2	SUMANA BANIK	56	F	WIFE
3	RATNA BANIK	33	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की 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 - RE
2	SURGERY - RE (SICOP/OL)

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 लेई 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 (आवेदक द्वारा कबल)**

- 1) इस प्रश्न का अर्थ इत्यादि य मंते की छान लाकर, मैं (अवेदक) अपनी सभ्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पाठशाला और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोशिका" एवम् ग्राहकों, दान, चक्रवाच द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान में प्रसन्न करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पाठशाला" व ग्राहकों अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ग्राहकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अर्थात्क भी इलाहाबाद का अंग्रेजों का निवास

2. "कोशिका पाठ्यपुस्तक" से सी गई सामग्री केवल लिखित प्रश्नों की है। ऐसी या इसमिल प्रश्न ही नहीं सवाल या जिनके गये उपयोग/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इसमिल के बीच का विचार है और "कोशिका पाठ्यपुस्तक" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए इसमिल में ऐसी के प्रत्यक्ष सुरुआत और अन्त करने की सभी विधियों ऐसी एवं इसमिल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या विधियों इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संरक्षित

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

28.04.2018