

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देते आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building blocks of life.

APPLICATION NO.: KJ 1218 / 1316 APPLICATION DATE: 4/12/18

NAME of APPLICANT: SANDHYA PARAMANIK AGE-YEARS 55 SEX F

FATHER/SPOUSE'S NAME: TARAPADA PARAMANIK



PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS: बाजार अद्धरी नगर
BAKIGRAM, DULUPUR HOOGHLY, 711316,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: बाजार अद्धरी नगर

— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOUSE WIFE. MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवेदित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)
(अप्प का साप्तंश संबंध)

PAN No. अप्प का पानी

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): Yes / No
अप्प जल जम का राज है (जो जम की उम एवं सही का नियम संभाले)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. अप्प संख्या	Name of Family Member परिवार में सदस्य का नाम	Age (Years) उमे (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अप्प के साथ सम्बन्ध
1.	SANDHYA PARAMANIK	55	F	SELF.
2.	NIRAJI PARAMANIK	21	M	HUSBAND - (साम)
3.	SANGAYI PARAMANIK	21	M	DAUGHTER - (साम)
4.	MANJU PARAMANIK	03	F	DAUGHTER - (साम)

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिह्नित करें

SPL Card (Attach Card Copy) एसपीएल के चिह्नित करें (अप्प का भी साथ ले जाना करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ईएस वर्क इक्यू चिह्नित करें (अप्प का भी साथ ले जाना करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड का चिह्नित करें (अप्प का भी साथ ले जाना करें)	Any Other Basis/Proof अप्प की जल्द

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता देते लिए जाए चिह्नित करें का उद्देश्य:

Sr. No. अप्प संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अप्प की जल्दी की गई डिलीवर सुधी संभालने
1.	DIASTHROSES - CATHETAM - RP
2.	Surgery - Rx (Gestitol)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए अन्य स्रोतों द्वारा जल्दी की गई सहायता की जाए?

Sr. No. अप्प संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED जल्दी की सहायता की मात्रा

DECLARATION by APPLICANT: ମୋତ୍ରକ ଦେଖିଲାମି

AGREEMENT by APPLICANT (check one box)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/put/republish my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

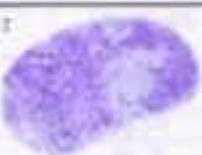
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) यह पत्र या अपील समाज के संदर्भ में जारी जाकर, मैं (अपेक्षित) अपील समिति को उनीं काम { ऐसे "कीरिता वर्धनालय लौट राहें नामों " } की समीकृत काम { ऐसे काम, यह, जोड़े गए हैं जिसमें यह पत्र में चिह्न है, एवं "कीरिता" एवं नामों, यह, जाकर सुन लग्नार्थी से उनीं कीरिता वर्धनालय के नाम चिह्न में अपील करने के लिए अनिवार्य है; यह यह का फैसला दें साकर में चाहे यह काम में कारों के लिए "कीरिता वर्धनालय" का नाम हो अनिवार्य है।

2) मैं (अपेक्षित) यह पत्र में साकर { ऐसे काम, यह, जोड़े गए जिसमें हैं जो साकर में लग्नार्थी के नाम हैं युक्त यह, साकर का इच्छाकारी वाली साकर में "नामों" यह नाम अनिवार्य वाली अनिवार्य है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

where it comes to life in Peru



AGREEMENT by HOSPITAL (FIRM NAME)

By affixing her/his/your signature, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (hereinafter) hereby affirm & accept following:

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery બેસાર વિના	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Centre કાંપા ચોણ વિશ્વવિદ્યાલય મંડિ.	Siddhanta Bagchi Director The Foundation (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) সিদ্ধান্ত বাগচী কেন্দ্ৰীয় প্ৰযোগসূলী অধীক্ষণ
4/12/18		

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION काशीका फूंडेशन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नवाज़ अली

SIGNATURE of TRUSTEE 2
-गुरु विष्णु २

Symph

eric