

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : K/0819/1312 उपवेदन संख्या :				APPLICATION DATE : 19/8/19 आवेदन तिथि :	
NAME of APPLICANT : TULSHI GHOSH उपवेदक का नाम :			AGE-YEARS आयु-वर्ष : 70	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NANDA RAOUT पिता/कटुम्ब का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बर्तमान आवासोप पता 83BADDINGI, SUBHAS PALLI, METAJIGARH, HOWRAH-711008, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासोप पता - AS ABOVE -					
OCCUPATION : HOUSE WIFE व्यवसाय :				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 19000 X 12 = 228000 कुल वार्षिक आय :				(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. : स्थाई छाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन 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.	TULSHI GHOSH	70	F	SELF	
2.	THAPAN GHOSH	76	M	HUSBAND	
3.	SURAJIP GHOSH	57	M	SON	
4.	SOLEKHA PATRA	55	F	DAUGHTER	
5.	SUJATA DAS	42	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के 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 - LE				
2.	SURGERY - LFCISCS + IOL				
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 ली गई सहायता राशी	

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 (ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ସ୍ଵୀକୃତି)

- 2) यी (अनुवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मां, पाप, फोटी और विषमता जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "भविष्य" इसमें उसके भविष्य का निर्णय और अध्ययन होता है।

आर्षेदक को हल्लाधन या शीतले का निशान



2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से सी एवं मयायात कॉमल विविध प्रवृत्ति की है। ऐसी वा हम्पताल इण्टर रो गार्ड अलार्ड वा किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हम्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" इण्ट किली प्रकाश का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हम्पताल ने ऐसी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हम्पताल की होनी और "कॉशिका" को कोई भूमिका वा जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्त्रीकुली के लिए संरक्षण

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

SIGNATURE of TRUSTEE 2
म्यागी इत्यादि २

Exempel

202