

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K/0126/2191
आवेदन संख्या :
APPLICATION DATE : 06.01.2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : AMARI DAS
आवेदक का नाम
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 79
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BIDYA SATNRA
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
GHORABAS PASCHIMPARA, SAKARPUR, NORTH
24 PARGANAS - 743728, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय :
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 10000 X 12 = 12,000/-
कुल वार्षिक आय :
(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्थायी 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 लगावे)

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.	AMARI DAS	79	F	SELF
2.	SANJAY DAS	42	M	SON
3.	SHIPRA DAS	35	F	DAUGHTER
4.	LILA DAS	32	F	DAUGHTER
5.	SAILA DAS	28	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 (LE) - STICS + 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 लिये 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 (अभ्यर्थक द्वारा करार)

2) मैं (अपवादक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा मन, पत, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे मिला; सहायता का एकदम नहीं बनाता। इन संबंध में "बोलेबोले" एकत्र उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और सत्यकारी होगा।

आपेंदक को हमला या संक्रमण का निवारण



2. "भौतिक फाइनलेशन" से तो यह सहायक कर्म विविध प्रकृति की है। ऐसे पर हमारा ध्यान दो यह समझें कि यह अपने-अपने रूप/प्रकृति का चुनाव करे एवं हमारा तब ही का विषय है और "भौतिक फाइनलेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा ध्यान दो ऐसे जे द्वारा सुखा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी करे एवं हमारा ही होती और "भौतिक" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्थान

06-01-2026

Dr. Shreshtha Das
Director
MBBS
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
होम्योपैथी का मुद्रा व प्रमाणित व रजि. नं.

Optim Avhijit Das
Senior Program Officer
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम के पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक रूपसेम हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ग्यासो हस्ताक्षर 1

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर २

per