

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)		Koshika Foundation Building Up of Life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या		K/0225/1925		APPLICATION DATE आवेदन तिथि	
				13/2/25	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम		BABLI DEB		AGE/YEARS वर्ष का	SEX लिंग
				53	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम		TARAPADA KARMAKAR			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास का पता					
RAMKRISHNAPALLY MADHYAMGRAM ABDULPUR NORTH 24 PARTHAS 700155 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास का पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION व्यवसाय		MAID		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
				☒ ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय		5000 X 12 = 60000		Attach Proof of Income (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. (यदि उपलब्ध हो)				☒	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय का दाता हैं (को प्रासंगिक टिक करें)					
Yes / हाँ ☒ No / नहीं ☐					
FAMILY DETAILS (पति/पत्नी)					
Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध	
1	BABLI DEB	53	F	SELF	
2	GOUTAM DEB	67	M	HUSBAND	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एड्स एन सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु विनियम आधार					
Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है					
Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली		

3

- AGREEMENT by APPLICANT: _____

- 

AGREEMENT by HOSPITAL

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 २०/०५/२०२३

Date of Surgery मरीजों को जारी 13/02/25	Dr. Shibashis Das Director Name of Dr. & Regn. No. and Stamp डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. और मुहर	<i>(Signature of Dr. Shibashis Das)</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के वरिष्ठ अधिकारी का नाम और मुहर
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 विश्वसनीय हस्ताक्षर : 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 विश्वसनीय हस्ताक्षर : 	