

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: K/0325/2106

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 05/03/25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: KHOKAN SARDER

AGE-YEARS / आयु वर्ष: 59

SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: NITAI SARDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:

CHAMPALI ABAD, CHANPALI, PHULBARI
NORTH 24 PARAGANAS, 742456, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:

- AS ABOVE -

OCCUPATION / व्यवसाय:

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय:

4000 X 12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income) / आय का प्रमाण संलग्न करें

PAN No. / कोई छाना संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे या नहीं को चिह्नित करें):

Yes / हाँ / No / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध
1.	KHOKAN SARDER	59	M	SELF
2.	ANITA SARDER	55	F	WIFE
3.	SANJIT SARDER	30	M	SON
4.	RANJIT SARDER	25	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / राशनकार्ड काट (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार
---	--	--	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु विवक्षित उद्देश्य का उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित प्रतियाँ संलग्न
①	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
②	SURGERY - LE - (SIGES + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है या नहीं?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / सी पाई सहायता राशि

2

- AGREEMENT by APPLICANT - 1007W 250 181W

१. इस बात का अर्थ है कि हमें अपने अंदर के अंधकार को दूर करने के लिए प्रयास करना चाहिए।
 २. यह भी एक संकेत है कि हमें अपने अंदर के अंधकार को दूर करने के लिए प्रयास करना चाहिए।
 ३. यह भी एक संकेत है कि हमें अपने अंदर के अंधकार को दूर करने के लिए प्रयास करना चाहिए।
 ४. यह भी एक संकेत है कि हमें अपने अंदर के अंधकार को दूर करने के लिए प्रयास करना चाहिए।
 ५. यह भी एक संकेत है कि हमें अपने अंदर के अंधकार को दूर करने के लिए प्रयास करना चाहिए।
 ६. यह भी एक संकेत है कि हमें अपने अंदर के अंधकार को दूर करने के लिए प्रयास करना चाहिए।
 ७. यह भी एक संकेत है कि हमें अपने अंदर के अंधकार को दूर करने के लिए प्रयास करना चाहिए।
 ८. यह भी एक संकेत है कि हमें अपने अंदर के अंधकार को दूर करने के लिए प्रयास करना चाहिए।
 ९. यह भी एक संकेत है कि हमें अपने अंदर के अंधकार को दूर करने के लिए प्रयास करना चाहिए।
 १०. यह भी एक संकेत है कि हमें अपने अंदर के अंधकार को दूर करने के लिए प्रयास करना चाहिए।

अध्यापक का सम्बन्धित वा अन्य का निम्न

अथ वारंवार

AGREEMENT by HOSPITAL: FRANKLIN, DORR

— “कॉलेज फॉर डेवेलपमेंट” से जो यह सामग्य बनाने (सिखाने) शुरू की है, सोने का इरादा नहीं है। सोने का इरादा है कि यह समग्र रूप से एक एजुकेशनल या बुनियादी ढांचे का समर्थन करे। सोने का उद्देश्य है कि “कॉलेज फॉर डेवेलपमेंट” द्वारा किसी एकल या कोई छात्र नहीं है। इसलिए हमारा ये एक ही उद्देश्य नहीं है—यह सभी को साथी-साथी करने की कोशिश है। “कॉलेज” की कोई बुनियादी या डिप्लोमा प्रोग्राम नहीं चला रहा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वाध्यायी के लिए संकल्प

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S M.S
Gulshan Medical Camp
Reg No: 74035

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
- Dr. S. S. Chaudhary, Director, Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

4-19-17 2008 52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

सत्यमेव जयते

SIGNATURE of TRUSTEE:

THE FUTURE

Exchanged

2018