

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/035/2152 ..
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE: 9/3/25
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: SANTI DAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME: JAGADISH DAS
पिता/हस्ताक्षर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BASIRHAT, NORTH 24 PARAGANAS.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: MAID
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000 X 12 = 36,000/-
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर देता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)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 सम्बंध
1.	SANTI DAS	60	F	SELF
2.	JAGADISH DAS	68	M	HUSBAND
3.	CHANDANA ROY	40	F	DAUGHTER
4.	ADAY DAS	35	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन 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) उपभोक्त 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 - (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी 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 (अभिेक दाद मण्ड)**

- 2) मैं (अनुसंधान) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापता के उद्देश्यों से प्रयुक्त है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस समर्थन से "कोशिका" एमम उपार्जित व्यक्तियों का निर्णय लेता है और आवश्यकता होगी।

AGREEMENT by HOSPITAL (बिम्बित गुरु कल)

2. "कोशिका कायन्देशन" से तो यह सहजता से बतल विविध प्रकृति की है। रोणी पर हमसताल द्वारा भी यह सललत या कलने लये लपलार/प्रकलिया का लुनाल रोणी एवं हमसताल के बीच का वलषण है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा कलमी प्रकलार का कोई दलषण नही है। इसललये हमसताल में रोणी के इलाल लुलल और लने लने की सारी कलमेलरी रोणी एवं हमसताल की रोणी और "कोशिका" की कोई प्रकलार या कलमेलरी इस ललमले में लही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

नाम: डॉ. प्रमोद कुमार अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

न्यासी ब्रह्मचर १

Sc 2B