

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: 4/1024/0899 .. आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 02/10/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: KAOCHAR MOLLA आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 71		SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHHAIDLADDI MOLLA पिता/कन्या का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवसारीय पता PETUJA BAYARMARI PACHIMUTTARPARANORTH 24 PARGANAS MATHBARJABAD-743442 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई अवसारीय पता AS-ABOVE					
OCCUPATION: FAMILY INCOME व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 X 12 = 48,000 ₹ कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई 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 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 सम्बन्ध	
1.	KAOCHAR MOLLA	71	M	SELF	
2.	KONGINA BIBI	65	F	WIFE	
3.	ALAMIN MOLLA	38	M	SON	
4.	RAKSHA BIBI	36	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोगता 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+TOL)				
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 ले गई सहायता राशि	

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबल)

- 2.) मैं (अव्यय) इस बात से सजगता हूँ कि मेरा धन, पता, फ़ोटो और विवरण जो कि सत्यता के उद्देश्यों से ग्रहित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोटिजा" एवम उसके व्यक्तियों का विरुद्ध अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अध्यापक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

✓ 4361.401.001

2. "कोशिका काउन्टेशन" से तो गाँ बहायत कोस विविध प्रकृति की है। ऐसी या हस्तगत द्वारा ही लई सलज या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचय ऐसी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाय नहीं है। इसलिये हस्तगत में ऐसी के इलाज मुख्या और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृतों के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/10/24	Dr. Shikhar Das M.D.B.S. I.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इन्हें पंजीयन नं.	OPTIONAL CERTIFICATE (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमीदात अधिकृत अधिकारी
--	--	--

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	