

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. : K/0917/0825 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 02.09.17 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : ARJUN SHAW आवेदक का नाम		AGE-YEARS जन्म-वर्ष 67	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KESHAB SHAW पिता/पत्नी का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 80 CHRISTOPHER ROAD, KOLKATA, WEST BENGAL वर्तमान आवासीय पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE स्थायी आवासीय पता					
OCCUPATION : UNEMPLOYEE व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय					
PAN No. : XXXXXX पैन संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (Tick whichever is applicable) : Yes / No क्या आप आय कर दाता हैं (जो भान हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
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.	ARJUN SHAW	67	M	SELF	
2.	SARASWATI SHAW	60	F	WIFE	
3.	BIMAL SHAW	37	M	SON	
4.	SUDHIR SHAW	34	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के निम्ने विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) संश्लेषी रेश्म के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे एवं किसका 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 राशि	

DECLARATION by APPLICANT: ☐ true ☐ false

- 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 applicable 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.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य समझा जाय तथा भी हो तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का उद्देश्य है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रश्न पूछ रहा हूँ, उस राशि का जहाँ से या कहीं से भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से लेने का उद्देश्य नहीं है और मैं इस सहायता को लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (unless not used)