

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता फैल आवेदन प्रक्रिया

(Healthcare) (स्वास्थ्य इकायाल)

 Koshika
foundation

APPLICATION NO.: K | 1218 | 1804

APPLICATION DATE 02-12-18

NAME OF APPLICANT: BUNAHANI SARDAR

AGE-YEARS 五〇-五二

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : DEBEN SARDAR
RESIDENCE ST 105

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1007 BOSTON TERRACE,
PASCHIM PARNAJAR, LAJU GHOLA, DAKK PARA,
LAJU SANDES CHHALA, NORTH 24 PARGANA,
342462, WEST BENGAL.



THE UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES

DAVID ALI SHUA YANKE 00

ANDREW LAM
WILLIAM MORRISON

1.1. Results

— 27 — ADDE —

OCCUPATION

House wife

MARRIED (မိမိ) / UNMARRIED (မိမိနဲ့)

TOTAL ANNUAL INCOME

401

(Attach Proof of Income)
(see Tax Form 1040)

www.wiley.com/go/robinson

ARE YOU AN INCOME TAX ASSISSEE? (Tick whichever is applicable)

Yann / 169

FAMILY DETAILS: *White fence*

Sl. No. संख्या	Name of Family Member जीवन के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अप्पेल के साथ सम्बन्ध
1.	GUNALAN SARDAR	51	M	SELF -
2.	REKHA SARDAR	52	F	HUSBAND -
3.	KANAI SARDAR	25	M	SON
4.	NEELA SARDAR	22	F	DAUGHTER

BASIS FOR REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

SPL Card (Attach Card Copy) एसपीएल कार्ड का (काला पर दिए गए संगत को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) इव्स कार्ड का (काला पर दिए गए संगत को)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड का (काला पर दिए गए संगत को)	Any Other Basis Proof अन्य किसी तरह
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Dr. No. रुप नंबर	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल, से जड़ी थी पर अस्पताल सूची लिखें
1.	DIAGNOSIS - CATHARACT - R.E.
2.	SURGERY- RE (GICSTPOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
ਇਹ ਸੰਭਾਵ ਕਿ ਜੋ ਵੱਡੀ ਅਮੁੱਲੀ ਪ੍ਰਤੀ ਵਾਹਿਗੁਣੀ ਹੋ ਵੇਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਤੀ ਵਾਹਿਗੁਣੀ ਹੈ?

DECLARATION by APPLICANT

- 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 Kashika 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) ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਜਾਗਰੂਕ ਅਤੇ ਸ਼ਾਸਤਰੀ ਅਤੇ ਸਾਹਮਣੇ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਸੰਭਾਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਾਡੇ ਹੋਣੇ ਵਾਲੇ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਸੰਭਾਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਾਡੇ ਹੋਣੇ ਵਾਲੇ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

2) ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਜਾਗਰੂਕ ਅਤੇ ਸ਼ਾਸਤਰੀ ਅਤੇ ਸਾਹਮਣੇ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਸੰਭਾਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਾਡੇ ਹੋਣੇ ਵਾਲੇ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਸੰਭਾਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਾਡੇ ਹੋਣੇ ਵਾਲੇ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

3) ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਜਾਗਰੂਕ ਅਤੇ ਸ਼ਾਸਤਰੀ ਅਤੇ ਸਾਹਮਣੇ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਸੰਭਾਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਾਡੇ ਹੋਣੇ ਵਾਲੇ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

AGREEMENT by APPLICANT (either you or)

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

प्राचीन विद्या के लिए बहुत अचूक

AGREEMENT by HOSPITAL (PPPPP 305-400)

By affixing her/his/her/its signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (hereinafter) hereby affirm & accept following:

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery शिरों की शिक्का 08/12/18	 Dr. Shanker Nag (Name of Dr. N. Nag, M.B.B.S (OPHTH)) राजस्थान विद्यालय रेसर्च सेंटर	Sudip Senkar Bagchi Director Sudip Senkar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Admin Head/Secretary on behalf of Hospital) नम्बर पर इमारत अधिकारी के नाम
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION 2016-2017 EDITION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नियमित व्यक्ति १	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नियमित व्यक्ति २
	