

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(हेल्थकेरी एज्युकेशन)

 Koshika
foundation

APPLICATION No.: K 11218 / 1812
Date : 10/09/2000

APPLICATION DATE : 8/12/18

NAME of APPLICANT :
লক্ষ্মী মন্দাল

AGE-YEARS 63 SEX F

FATHER'S/HUSBAND'S NAME : NABAKUMAR MONDAL
পিতৃবৰ্গ বা পুরুষ

PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS: 1000 BROADWAY

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 400 10TH ST.

- 6 -

DEPARTMENT:

HOUSE WIFE.

MARRIED (မေတ္တန) / UNMARRIED (မေတ္တနမှု)

TOTAL ANNUAL INCOME:

八

(Attach Proof of income)
(अपना साक्ष लें)

第六章

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

Vista / Win
w / wif

FAMILY DETAILS *where from*

No. प्राप्ति	Name of Family Member जीवित के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अप्लाई के साथ सम्बन्ध
1.	LEANN MONDAL	60	F	SAL
2.	KIRAKUNDA MONDAL	72	M	HUSBAND
3.	KETAN MONDAL	59	M	SON

BASIS FOR REQUESTING ASSISTANCE (Check whichever is applicable)

SPL Card (Attach Card Copy) संपर्क केंद्र से जुड़ी प्राप्ति पर (प्राप्ति पर की छाप या स्कैन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उम्मीदवार की प्राप्ति पर (प्राप्ति पर की छाप या स्कैन करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्राप्ति पर की छाप या स्कैन करें)	Any Other Basis/Proof अन्य की प्राप्ति
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल रिपोर्ट वा नियन्त्रित ग्रन्थी संलग्न
1.	DIAGNOSIS- GALLBLADDER- L.R.
2.	SURGERY- L.R (SICERIOT)

ASSISTANCE BEING AWAILED for same "PURPOSE" from OTHER SOURCES
मात्राएँ के लिए और अन्य विषयों के लिए क्या है?

DECLARATION by APPLICANT: मानें यह सचिवत-

- 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, seek 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 यहां पर्याप्त जानकारी के साथ इस फॉर्म का अधिकारी हूँ। कोई गलत विवर का कारण यह नहीं है कि मैं कोई विवर छोड़ देता हूँ।

(2) मैं यहां दिए गए "विवर प्रयोगशाला", में से कोई नहीं हूँ, जिसके लिए कोई और कोई दूसरी विवर की ज़रूरत नहीं है।

(3) मैं कोई विवर की ज़रूरत नहीं हूँ, जो कोई दूसरी विवर की ज़रूरत को बढ़ाव देता है।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

when it comes to what we know

AGREEMENT by HOSPITAL (Form No. 490)

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

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ਅਧੀਸ਼ ਦੀ ਮਹੀਨੇ 08/12/18	 Dr. Ashish Shanker Nag M.S., M.B.B.S. (GPHTH) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ਡਾਕਤ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ Ashish Nag, M.B.B.S., M.S., D.G.P.H.T.H., Research Centre	 Dr. Ashish Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ਡਾਕਤ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਉਸ ਦੀ ਪ੍ਰਵਾਨਗ ਦਾ ਨਾਮ Dr. Ashish Bagchi, Director
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन

SIGNATURE of TRUSTEE 1
John Doe

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी व्हिक्टर 2

Safary

8:12 P