

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
**सहायता देते आवेदन प्राप्ति**

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य एक्युएल)

Koshika  
foundation

APPLICATION NO.: K12481960  
DATE FILED:

APPLICATION DATE: 10/12/19

NAME OF APPLICANT: ANIL ROY.

AGE-YEARS 65-69 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PANCHANAN ROY  
পঞ্চনন রায়

PRESENT RESIDENCE ADDRESS \_\_\_\_\_

228. PANJNATI C. SINGH PUR. BADDACKPUR-II  
North 24 Parganas 71160 II. West Bengal.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: *100 Main St.*

- 41 - APPENDIX

#### DISCUSSION

UNEMPLOYED.

MARRIED (Weiter) / UNMARRIED (nicht weiter)

**TOTAL ANNUAL INCOME:**

144

(Attach Proof of Income)

卷之三

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

Wind / Wind

第 7 章

FAMILY DETAILS				
Sr. No. संख्या	Name of Family Member जीवन के सदस्य का नाम	Age (Years) वर्ष (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अप्लाई के साथ सम्बन्ध
1.	ANIL KAY	66	M	SELF
2.	SWATI KAY	54	F	WIFE
3.	KRISHNENDU KAY	31	M	SON
4.	TANAI KAY	18	M	SON
5.	TRISHNA KAY	29	F	DAUGHTER

**BASH3 for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**

SPL Card (Attach Card Copy) एसपीएल कार्ड के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ दिये जाना करि)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एव्स कार्ड कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ दिये जाना करि)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ दिये जाना करि)	Any Other BasicProof अन्य कार्ड कार्ड
--	--	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
Enter the best and briefest words.

Sl. No. अनु संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्थान/दूसरा से लियी की एवं उत्तिष्ठेत्र लियी गयी।
1.	DIAGNOSIS- <i>ATAKIKA M- 16.</i>
2.	CURSE- <i>4 E (GIST)</i>

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
to 3000 के लिए कौन सा स्रोत हिस्ती अस्ति जिसे लिया जाना है?

**DECLARATION by APPLICANT:** नवीन द्वारा घोषित करते हुए-



AGREEMENT by APPLICANT (below or seal)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) यह रूपरेखा का अन्त में संकेत या लाइट की जगह संकेत, या (अन्तिम) सारी संकेत की तुले काटा है जो "स्लिप वाली आवश्यकता" को निरूपित करता है जो कि यह एक वार्ता, विदेशी वार्ता या उत्तर में प्रतिकृत है, या "स्लिप" एवं नाम, एवं, परमाणुक युद्ध घटनाओं की तुली वाली वार्ता या उत्तर की तुली वार्ता के लिए विवरण है। यह रूपरेखा की तुलना में यादों का बहु भौतिक वार्ता या उत्तर की तुली वार्ता के लिए "स्लिप वाली" वार्ता विवरण है।

2) 4 (अन्तिम) यह रूपरेखा के दो दोनों ओर, या, विदेशी वार्ता की तुलना में अंतिम दो युद्धों की तुली वार्ता, या उत्तर की तुली वार्ता के दोनों ओर "विवरण" यादों वाली वार्ता की तुली वार्ता की तुली वार्ता है।

APPENDIX A: SIGNATURE OF LEFT THUMB IMPRESSION:

to present a situation on a  
series of points as well as from



AGREEMENT by HOSPITAL (Sign or Stamp)

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



RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
समीक्षार्थी के लिये संतुष्टि

Date of Surgery ਹੋਰੀ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	Dr. K. Choudhury MBBS, DO, L. FMRCR (Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) Surabhi Eye Hospital & Research Centre	Shib Sankar Bagchi D.M.B.B.S. (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ਸ਼ਿਬ ਸੰਕਰ ਬਾਗਚੀ ਡਾਕਤ ਅਤੇ ਇਲੈਕਟੋਨਿਕ ਮੈਡੀਕਲ ਕੇਂਦਰ
----------------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE BY YOSHIDA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
John Doe

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नवी ग्राहक 2

Sofia

Eric B