

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता फैटु आवेदन प्राकृप**

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य इंद्रियालय)

**Koshika**  
foundation

#### **Building Blocks of the**

APPLICATION No.: **K1121811985**

APPLICATION DATE: 13/09/18

NAME OF APPLICANT : SUNITRA DAS  
EDUCATION : 10TH

AGE-YEARS वय-वर्ष SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: QIMAL MONDAL  
FATHER'S SSN: 43-123456789

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्ता रहने वाला  
69/A DAS BANERJEE STREET, KOLKATA - 700002, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 192 30014 105

二十一、行政诉讼法

**OCCUPATION**

HONG MAKER

MARRIED (Prefer) / UNMARRIED (Not Prefer)

TOTAL ANNUAL INCOME =  
3000 RUPEES. 300/-

50

(Attach Proof of Income)  
(अप्प का साक्ष दस्तावेज़)

Page 6 of 7

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

Page 1 / 30

#### FAMILY DETAILS (from figure)

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

BPL Card (Attach Card Copy) बप्ल कार्ड के दृश्य प्रकाश पर (प्रकाश पर की तस्वीर जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एस एवं कार्ड प्रकाश पर (प्रकाश पर की तस्वीर जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उत्तमोदय कार्ड (प्रकाश पर की तस्वीर जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य किसी तात्पुर
---	--	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सामग्रा हेतु रियर्स एवं विनाशी का जलहार.

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/फैक्टर से अपनी भी गई प्रतिवेदन मूली चिन्हान
I.	DIAGNOSIS - CATARACT - R.
II.	SURGERY - R (SICS/PIOL)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
ਜਾਂ ਅੰਦਰੋਂ ਵੇਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਨੇ ਸੋਰਸ ਵਿਖੇ ਅਜੇ ਜਾਂ ਵੇਂ ਵੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ?

DECLARATION by APPLICANT: मेरीस द्वारा यह कि:



AGREEMENT by APPLICANT (check if applicable)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to user/publish/upload/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.

3) यह दस्तावेज़ का अंतीम संस्करण है जो कोशिका फाउंडेशन द्वारा इसके लिए बनाया गया है। यह "कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवा के लिए बनाया गया है, जो "कोशिका" द्वारा - नामी, चरण, वापसी आदि विधियों के अनुरूप द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवा है। यह दस्तावेज़ में दर्शाये गए वार्ताएँ वार्ताएँ के अनुरूप हैं। यह दस्तावेज़ में दर्शाये गए वार्ताएँ वार्ताएँ के अनुरूप हैं। यह दस्तावेज़ में दर्शाये गए वार्ताएँ वार्ताएँ के अनुरूप हैं।

4) मैं (Applicant) इस दस्तावेज़ के लिए योग्य व्यक्ति, यह, अंतीम दस्तावेज़ के लिए बनाया गया है जो कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवा के लिए बनाया गया है, जो "कोशिका" द्वारा - नामी, चरण, वापसी आदि विधियों के अनुरूप द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवा है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

#### **REFERENCES**



AGREEMENT by HOSPITAL. (SEE PAGE 400)

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

- 1) जबकि हमें अभी भी कोई विद्युतीय संरचना नहीं है, जिसके द्वारा इसका उपयोग किया जा सके। इसके बजाए इसका उपयोग विद्युतीय संरचना के द्वारा किया जाता है। इसके लिए इसका उपयोग विद्युतीय संरचना के द्वारा किया जाता है। इसका उपयोग विद्युतीय संरचना के द्वारा किया जाता है।

2) "कोशिका प्रदानीका" के लिए यह विद्युतीय संरचना विद्युतीय संरचना के द्वारा किया जाता है। इसके लिए विद्युतीय संरचना के द्वारा किया जाता है। इसके लिए विद्युतीय संरचना के द्वारा किया जाता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

卷之三

Date of Surgery शिरों की शिथुन 12/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regd. No. & Stamp)  Aurobindo Eye Research Centre	 Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Status of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  Aurobindo Eye Research Centre
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

卷之三

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
[Signature]