

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता लेणे आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सहायता)

Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION NO.: **K11218 | 1994**

APPLICATION DATE: **14/12/18**

NAME of APPLICANT:
प्राप्ति की नाम
NURNNEHAR BIBI

AGE-YEARS वय-वर्ष
56

FATHER'S/HUSBAND'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम
HACAM MALLIK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान स्थायी ठां
**PURSA MARWAD, LIVIA DIAMOND HARPSCHOOL
SOUTH END, PRAGNATH - 74360 WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: ठां अस्तित्व का ठां

- AS PER ABOVE -

OCCUPATION:
पेशी

House wife.

MARRIED (मंगल) / UNMARRIED (अमंगल)

TOTAL ANNUAL INCOME:
मूल सालांका रुपये

NIL

(Attach Proof of Income)
(इसका साक्ष लेना)

PAN No. प्रांती क्रमांक

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)
मैं इस जरूरी का दाता हूं (जो भव्य हो तब उसकी का नियम लागती)

Tax / No.
टैक्स / नंबर

FAMILY DETAILS परिवार की जांच

Sr. No. क्रमांक	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant प्राप्ति की साथी
1. NURNNEHAR BIBI	56	F		SELF प्राप्ति की साथी
2. HACAM MALLIK	61	M		Husband प्राप्ति की साथी
3. DAKIB MALLIK	62	M		
4. AKSHAY MALLIK	29	M		

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवाहन के लिए चिन्हित करें

Sr. No. क्रमांक	BPL Card (Attach Card Copy) प्राप्ति की लिंग का राशन का (राशन का की जाती ही संख्या का)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) प्राप्ति की लिंग का (राशन का की जाती ही संख्या का)	Ration Card (Attach Copy) प्राप्ति की लिंग का राशन का	Any Other Basis/Proof अन्य की जाती

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
आवाहन के लिए कोन्ट्रोल का उद्देश्य:

Sr. No. क्रमांक	Medical Report/Prescriptions Attached स्वास्थ्यविवरों से जुड़ी योग्य डिक्टोरेट या ड्रग्स की संख्या
1. DIAGNOSIS - CATARACT - Re.	
2. SURGERY - Re (SICSTROL)	

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
एक उद्देश्य के लिए कोई अन्य स्रोत से भी कोई अन्य स्रोत से लिया जाए तो?

Sr. No. क्रमांक	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED भी जाती राशन का

DECLARATION by APPLICANT: આર્થિક ગ્રાહ સંપત્તિ રજી.

- 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, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

4) मे अपने जाते हैं कि यह सभी विवरण ऐसे होते हैं कि वे किसी भी विवरण का बदला नहीं पड़ते हैं। यह विवरण के लिए आवश्यक प्राप्ति है औ यह विवरण की वास्तविकता का दर्शाता है।

5) मे यह जानता हूँ कि "विवरण वाचावन", यह वाचावन को लेकर वे गुरु वे लिखे थिए वाचावन, जो इस वाचावन की वाचावन है।

6) मे यह जानता हूँ कि यह वाचावन यह वाचावन का विवरण वाचावन का वाचावन है।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 राज्य सरकार का अनुमति की प्राप्त गया है, कि (अप्लाई) नामी संस्थान द्वारा युद्ध यात्रा में "विभिन्न वातावरण में उपचार नियमों" के विविध बाबत (जिन पर वास्तविक विवरण दिए गए हैं, जो "विभिन्न" वात्सल्य, यथा, सामाजिक युद्ध यात्राएँ में युद्ध विभिन्न वातावरण में उपचार करने के लिए विभिन्न हैं) में इसका वातावरण विवरण में वर्णित वातावरण के बारे में वास्तविक वातावरण के बारे में विवरण दिया जाएगा है। यह वातावरण विवरण में वर्णित वातावरण के बारे में वास्तविक वातावरण के बारे में विवरण दिया जाएगा है।

4) कि (अप्लाई) यह राज्य सरकार के विविध वायर, यथा, जिन वायरों की विवरण में वर्णित वातावरण में विवरण दिया जाएगा, वातावरण का वर्णन वातावरण की विवरण में वर्णित वातावरण के बारे में विवरण दिया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

which is present in most of Europe.



AGREEMENT by HOSPITAL (Initials are required)

By affixing her/his/her, 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
संकेतित कर दिया गया

Date of Surgery ਅਧੀਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	 Dr. K. BHUSHAN MD, DNB, FRCS D.O.B. 05/05/1971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ਡਾਕ ਦੇ ਚੱਲ ਵੇ ਸ਼ਹਿਰ ਦੇ ਮੈਡੀਕ	 Shubh Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of His Practice Centre ਜਮ੍ਹਾਂ ਦੇ ਪੰਥ ਸ਼ਹਿਰ ਦੀ ਅਧੀਨ
14/12/18		

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION काशीका फूंड

SIGNATURE of TRUSTEE 1
Trustee 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम विवर 2

Siegfried

LiCB