

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K 121 81 2036 APPLICATION DATE: 12/12/18

NAME OF APPLICANT:
आवेदन का नाम : ASIDA BHIDI SIKH

AGE-YEARS वय-वर्ष : 55 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
जीवित भाइयों का नाम : AKUL ALI MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पता
NETRA NUDIA SOUTH 24 PARGANAS,
74368, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पता

— P.S. BRAUVE —



OCCUPATION:
कार्य

HOUSE WIFE

MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (मिहिर)

TOTAL ANNUAL INCOME:
वार्षिक कमाई

NIL

(Attach Proof of Income)
(काम का साध्य सेवन)

PAN No. फीस नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
मेरा जीवन का यह है (जो काम हो तो उसकी का नियन होता है):

Tax No.
टैक्स नंबर

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अप्पीलर के साथ सम्बन्ध
1.	ASIDA BHIDI SIKH	55	F	SELF
2.	RABIBUL SIKH	63	M	HUSBAND
3.	ARFAK ALI SIKH	12	M	SON
4.	ARAFAT SARA SIKH	10	M	SON
5.	YASHMINA BHIDI	12	F	DAUGHTER
6.	KIHA BHIDI	15	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विचारित काम

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के लिए इकाय पता (इकाय पता की काम की सेवा की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) इस लागि वर्ती इकाय पता (इकाय पता की काम की सेवा की)	Ration Card (Attach Copy) उपर्योगी कार्ड (इकाय पता की काम की सेवा की)	Any Other Basis/Proof काम की सेवा
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिये गए विचारित काम इस्तेमाल:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अधिकारीकृत से लिये गए और डिलिवर सूची सेवा
1.	DIAGNOSIS - CATHARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICSTOMOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस इस्तेमाल के लिए अन्य स्रोतों द्वारा उपलब्ध की गई काम की?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED काम की मात्रा

DECLARATION by APPLICANT: मेर्या द्वारा चीज़ यह-

AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

Answers of questions which we have



AGREEMENT by HOSPITAL (THIS IS NOT A CONTRACT)

By affixing her/his/her signature, 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 अंडोल की तिथि 12/12/18	Dr. Ashok Bagchi MS, FRCS, MRCP, MRCPATH, MRD Consultant Pathologist Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory/ Centre on behalf of Hospital) काम के पात्र के नामकरण के लिए द.
---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIBA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इकाना ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इकाना 2
	