

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता ढेंगु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रैचर्पिट)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K 12-18/2102

APPLICATION DATE: 19/12/18

NAME of APPLICANT:
लक्ष्मी गयेन

AGE-YEARS वय-वर्ष
60

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
खडगेन्द्र गयेन

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पता
भूती, SOUTH 89 PARVATI HILL,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थान

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
देशी

HOUSE WIFE

MARRIED (प्रियंक) / UNMARRIED (अप्रियंक)

TOTAL ANNUAL INCOME:
शुद्ध सालाना वर्ष

NIL

(Attach Proof of Income)
(वर्ष का सालाना खोला)

PAN No.: अप्पे जारी नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
मेरा जारी जरा भर चढ़ा है (जो जान दो उस पर माली का नियम लागती)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरीया विवरण

Sr. No. इन संख्या	Name of Family Member घरीया के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant घरीया के साथ सम्बन्ध
1.	LAKSHIRANI GAYEN	60	F	SELF
2.	KHAGENDRA GAYEN	62	M	HUSBAND
3.	PRITI GAYEN	26	F	SON
4.	DEEPMALA MATE	29	F	DAUGHTER
5.	JAMUNA MONDAL	91	F	DAUGHTER
6.	RAGHARIKA MONDAL	28	F	DAUGHTER

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

EPL Card (Attach Card Copy) एप्पील कार्ड की जारी जरा भर चढ़ा चाहे तो	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एस एस कार्ड जारी जरा भर चढ़ा चाहे तो	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड की जारी जरा भर चढ़ा चाहे तो	Any Other Basic/Proof जो की जरा

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
मेरा जारी जरा भर चढ़ा चाहे तो का उद्देश्य:

Sr. No. इन संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अधिकारीकृत से यादी यों या ड्रॉक्स या औषधीय भौतिक
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LF
2.	SURGERY - LF (CRIS +10)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य स्रोत वित्ती अवकाश दे रखा था?

Sr. No. इन संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED वही राशि जो दिया गया

DECLARATION by APPLICANT: मानेंक द्वारा चाहिए यह;

AGREEMENT by APPLICANT (initials or mark)

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[View Details](#)



AGREEMENT by HOSPITAL (SIGNATURE)

By affording 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
ਸ਼੍ਰਮਕਾਰੀ ਦੇ ਲਿਏ ਸੰਮਾਨਿ

<p>Date of Surgery अंतिम की तारीख</p> <p>19/12/18</p>	 Dr. Shib Sankar Bagchi 11555 MH 60575 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp/ Search Centre) दृष्टि का नया उपचार केंद्र	 Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Status of Director and Signature on behalf of Hospital & Research Centre) दृष्टि का नया उपचार केंद्र
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION कोशिका वार्ता के

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नवाज़ इमरान 1

Sergey

Eric B