

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0224/1278		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 15/02/24			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम SUHRID GHATAK		AGE-YEARS आयु-वर्ष 63	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम YOGGIBAN GHATAK					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता SAKHANDA, BARDHAMAN DISTRICT, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता - AS ABOVE -					
OCCUPATION : व्यवसाय LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 7000 X 12 = 84,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थाई खता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / हाँ / No / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	SUHRID GHATAK	63	M	SELF	
2.	MAHA GHATAK	68	F	WIFE	
3.	ABIR GHATAK	32	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किन्ति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैकड का नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) समय अवधि पूर्ण प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपभोग्य पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने किन्ती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टरों से जारी की गई पर्शिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (SIOS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: इस उद्देश्य की हेतु कोई अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली		

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 Kashiya 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE TWO)

- 25- मैं (अविदेश्य) इस बात से सहमत हूँ कि यह लाभ, यश, कर्तव्य और विद्या का जो कि सहायता के चरुधर्मों से प्रामित है मुझे स्वतः यथावत का हकदार नहीं था। इस सम्बन्ध में "करीबका" उद्यम अपने न्यायियों का निर्णय अतिशय और सम्पूर्ण होगा।

अध्यक्ष को सम्मान या अवार्ड का निशान

ਪ੍ਰਸ਼ਾਨੁ ਏਕਾ

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर हेतु करार)

[illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधोक्तो नं लिख संज्ञानि

15/02/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

OPTOM. ARUN DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of hospital)
SANKAR JYOTI EYE HOSPITAL, RAIPUR

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुसूचित जातों के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
गणेशी इलाहा 2

Exchanged

2020