

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0224/1316

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

23/02/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BHARATI MANNA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

SHITAL GUCHHAIT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

NATIBPUR, AGUNSHI, HAORA, 711303, WEST

BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

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 कर 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 सम्बंध
1.	BHARATI MANNA	75	F	SELF
2.	SUKUMAR MANNA	51	M	SON
3.	BISWANATH MANNA	48	M	SON
4.	KINSAKUMAR MANNA	44	M	SON
5.	CHAYYA MANNA	39	F	DAUGHTER
6.	DURGA MANNA	36	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SLCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

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

- AGREEMENT by APPLICANT (must be signed by you)

- 2.) मैं (अवस्था) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा जन्म, मृत्यु, मोटे और निम्नता, जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रथित है मुझे स्वतः सहायक का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉरेक्शन" एकादश वर्षों के अंतर्गत में निर्णय लिया जा सकता है।

अवस्था में व्यवस्था या संस्था का विचार



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर और मुद्रा)

2. "कोशिका काउन्टडाउन" से तो यह साबित होना चाहिए कि किण्वी प्रक्रिया को है। एंजाइम सम्पत्तिल द्वारा ही यह साबित हो कि किण्वी प्रक्रिया का मुख्य योगी एवं सम्पत्तिल को ही का किण्वी है और "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा किण्वी प्रक्रिया का कोई दायता नहीं है। इसलिए सम्पत्तिल में एंजाइम के प्रत्यक्ष प्रमाण और अपने जाने को सारी किण्वी योगी एवं सम्पत्तिल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या किण्वी इस सम्पत्तिल में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृतों के लिए संस्थिति

23/02/24

Dr. S. Subramanian
M.B.B.S M.D.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व पंजीयन संख्या के साथ है।

OPTOM ANKIT DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
of School or Hospital)
SANKAR ANKUR ANTE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 (अभि रत्नाकर)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 ग्यासौ हस्ताक्षर 2

Defendant

2018