

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0324/1473 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 20/3/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: MD MANSOOR ALI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 45		SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PEER MD पिता/कटुम्ब का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासस्थान पता A/1A, SAPGARHI 1ST LANE, TILJALA, SOUTH 24 PARGANAS 700099 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान पता - AS ABOVE -					
OCCUPATION: TEA SHOP व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 3000X12 = 36,000 कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थायी करदाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगायें):					
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.	MD MANSOOR ALI	45	M	SELF	
2.	ZARRAN NESHIA	41	F	WIFE	
3.	MD SAIF ALI	18	M	SON	
4.	TASMOON NESHIA	14	F	DAUGHTER	
5.	MD ZAHID ALI	9	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिन्हित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) व्ययोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विमर्श का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SIOS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबूल)**

- आपका यह इच्छा है कि आप अपने जीवन में अधिक पैसा कमा सकें।

Mansoor

AGREEMENT by HOSPITAL: (SEE THE WORK)

2. "कोशिका फायनडेशन" से लगे गई सहायता केवल वित्तिय प्रवृत्ति की है। ऐसी या हमसमत द्वारा लगे गई सहाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रंगी एवं हमसमत के बीच का विषय है और "कोशिका फायनडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखन नहीं है। इसलिये हमसमत में ऐसी कें इत्यन सुझा और अपने जाने को जारी बिम्बेएरी रंगी एवं हमसमत को होगी और "कोशिका" को कोई भविष्य या बिम्बेएरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसदीय

20/3/24

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

सावधानी के साथ प्रयोग करें।

OPTIONAL ATTEST DAS
Sankar Das
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
SANKAR DAS INSTITUTE
नाम व पद सम्पन्न अधिकारी अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपभाग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायौ दमनाक्षर २