

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0325/2239

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19/3/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SOUMYENDU MANDAL

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुस्थ का नाम

SARBESWAR MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PASCHIM PARA, CHIMTA, SOUTH 24 PARAGANA,

ANAS, 743378, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

4500 X 12 = 54,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं का आयकर 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 / No

हां / 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.	SOUMYENDU MANDAL	60	M	SELF
2.	KRISHNA MANDAL	52	F	WIFE
3.	SAIKAT MANDAL	30	M	SON
4.	SOUMIK MANDAL	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती 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 - (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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



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 (आवेदक द्वारा करा)

- 2) मैं (आमेदक) एक बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोठी और निवाण जो कि सहायक को इदरेसरी से प्रामित है मुझे स्थल: सहायक का इकाया नही बनाता। इस संबंध में "कोठिका" एका उसको स्थानों का निर्माण और बाधकारी होता।

आगे एक बड़े हस्तक्षेप या समूह का विशाल

Southern Medal

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

2. "कारिष्का फाउन्डेशन" से जो नई सहायता संभव विविध प्रकृति की है। ऐसी या इनसाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हम्पताल में बीच का विषय है और "कारिष्का फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रका का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हम्पताल में ऐसी के इलाज सूझा और जल्द जाने की ज़ाती बिम्बेदारों रोगी एवं हम्पताल को होती और "कारिष्का" को कोई धमिका या विनमोदनी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

SANKAR नाम (व. प्रह. कृत्यकल) अभिमुख अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इत्यादि 2

Exempel

herv