

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0424/0022

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 5.04.24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SK. UMAR

आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष

71

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAYAD JAN

पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PARK STREET H.O. 700016
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

SMALL SHOP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

4000 X 12 = 48000

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता 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 लगाएँ)

Yes / No

हाँ / 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.	SK. UMAR	71	M	SELF
2.	SULTANA BEGUM	66	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"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 सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SUGGERY - LE - (SICS+TOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 हो 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 स्वीकृति)

2) गी (अधोदेव) इस बात से सहमत हैं कि पैदा कम, पाव, फाँटे और विधरण को कि सत्तापत्ता के उद्देश्यों से प्रार्थना है। पहले स्वतः सत्तापत्ता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कलिका" स्वयं उसके चरित्रों का निर्णय जतिम और बाध्यकारी होना।

आमेवम के समग्र पर आगे के विकास



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विषयवस्तु इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

05/4/24

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

हाव्यर का नाम व हस्ताक्षर च. वि. म.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on Behalf of Hospital)

नाम च पर दस्तावेज जांचत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इन्द्रधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि २