

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0424/0054

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

12-04-24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SK ASLAM

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

57

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

SK SULEMAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

2A/H/20 TIJALA LANE, BALLYGUNGE,

KOLKATA, 700019 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

CARPENTER

MARRIED (निकाहित) / UNMARRIED (अनिकाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

6000 x 12 = 72,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (यहाँ खाली रखें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बंध
1.	SK ASLAM	57	M	SELF
2.	ZARINA BEGUM	50	F	WIFE
3.	SK ISLAM	30	M	SON
4.	SK IRFAN HUS	28	M	SON
5.	SANIMA KHATOON	25	F	DAUGHTER
6.	CHANDNI KHATOON	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया 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 — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + 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 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 कथित)

2) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्यता के उद्देश्यों में शामिल है, पूर्णतः सत्य; साक्ष्यता का इस्तेमाल नहीं किया जाएगा। इस सम्बंध में "कॉलेज" एवम् उसके निवासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

S/K. Ag

को लोग का विषय है और "जोशिका पावनदेवान" इस किसी प्रकार का कोई चरित्र नहीं है। इसलिए हमारा यहाँ के लोग का नाम जो को भी बुझा या बिम्बेदारी इस मायने में नहीं होगी।

महर्षि हस्तमंथ ३