

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: K/0624/0290		APPLICATION DATE: 12/06/24	
NAME of APPLICANT: PRAMILA MONDAL		AGE-YEARS: 70	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ALI MONDAL			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DHOLKHALI KHULNA NORTH 24 PARGANA			
743446, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			

OCCUPATION: HOUSE WIFE	MARRIED (गिराहित) / UNMARRIED (अगिराहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)
PAN No. XXXXXX	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
1.	PRAMILA MONDAL	70	F	SELF
2.	WASIM MONDAL	41	M	SON
3.	MANABRANJAN MONDAL	39	M	SON
4.				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये बिजनेस 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 कौी गई सहायता राशि

2

- AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE 1001)

- आपका यह हमला हमें बहुत बुरा लगा



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hôpital) hereby affirm & accept following:

- इसी अधिष्ठान, इन्द्रावली की ओर से समस्त/एली को "कौशिक जाग्रदवस्था" में स्थिति स्थापना हेतु निष्कारिता की पद्धति है, जिसे हम (प्रमत्त) निम्न प्रकार से ध्यान में लीकृत करते हैं।

- स्वीकृती के लिए संस्थान

OPTOM AGOSTIN DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
SANKAR PATEL

अनुसूचित समाज, हिंदू

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पंचमी व्रतार्था २

Safesong

Signature