

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0624/0307 आवेदन संख्या		APPLICATION DATE 17/06/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: PADMARANI DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS 67 वर्ष		SEX F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DILIP DAS पिता/पति का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता 34, NANDAN KANAN, PANIHATI (M) SODEPUR, NORTH 24 PARGANAS 700110, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 3000 X 12 = 36,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. क्या है 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 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 से संबंध	
1.	PADMARANI DAS	67	F	SELF	
2.	SUMAN DAS	39	M	SON	
3.	PAMPA DAS	33	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरण आधा					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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) अन्नपूर्णा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या विवरण का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन 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 मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि		

2

- AGREEMENT by APPLICANT (100076-100-400)

- आयोगक के हस्तगत हो अगस्त २०११ में।



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

- एक ही अवधि में, इनमें से एक के साथ "कोशिका-अवस्था" से संबंधित प्रश्न को हल करने के लिए, विचार करें कि (प्रश्न) किन प्रकार के प्रश्न हैं और प्रश्न को हल करें।

- [illegible]

सम्पीडकता के लिए संरक्षित

Dr. S. M. Das

OPTOM AGENT DAS

SANKARAYOGI BHASKAR BHATTACHARYA

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
गुणमो हस्ताक्षर २

Exemplar

Signature