

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : K/0624/0319		APPLICATION DATE : 19/06/24			
NAME of APPLICANT : PUTURANI MUNDA		AGE-YEARS : 58		SEX : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SHIBCHARAN MUNDA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KENDUA, CHAITA, BASIRHAT-II, NORTH 24 PARGANAS 743445, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : FARMER				☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 9500 X 12 = 54,000/-				☐ (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)	
PAN No. : XXXXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☒ Yes / ☐ No					
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	PUTURANI MUNDA	58	F	SELF	
2.	SHIBCHARAN MUNDA	31	F	HUSBAND	
3.	REKHA MUNDA	28	F	DAUGHTER	
4.	DEBI MUNDA	24	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ 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) राशनकार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE					
सहायता हेतु किसे मारें किस्ती या उद्देश्य:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
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 ली जा रही है/नहीं					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
	अन्य स्रोत का नाम	ली गई सहायता राशि			

- AGREEMENT by APPLICANT (10000 250 000)

2) मैं (जयदेव) इस बात से सहमत हूँ कि पति, पत्नी, पाले और विधवाओं की संरक्षा के उद्देश्य से अविधवा होना पड़ता है; अविधवा का इच्छित नहीं था। इस अवस्था में "अविधवा" एवम उनके स्वयंसेवा के विषय अविधवा और अविधवाओं को।

अपेक्षा के समाना यह अंग्रेजों का निष्ठा



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:

- हमारे अधिभूत, इस्लामी की ओर से कानून-वारी को "कोशिका फायनेंसिंग" से विधिप नकारा है। विधिवीर को यहाँ है, किसे ३५ (इस्लाम) गिनत कब से मान्य है स्वीकारा जाता है।

2. "कोशिका परावर्धन" से तो यह महत्वाकांक्षित विधि प्रकट की है। ऐसी या अन्यथा द्वारा ये श्रुति सफल हो चिते। एवं उपचारप्रक्रिया का सुचारु तरीके पर प्रवृत्त हो चिते का विवरण है और "कोशिका परावर्धन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकट नहीं है। इसलिये हमारा है ऐसी या अन्यथा द्वारा और अन्य जगह को जारी प्रक्रियाएँ ऐसी एवं प्रवृत्त हो चिते तो "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या प्रक्रियाएँ इस मामले में जारी होगी।

सर्वोच्चतम को विपु संस्मृति

OPTIONAL AUTHORITY DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
SANKAR JOURNALIST

अनुसूचित उपपद्येन द्वे

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 (PLEASE PRINT)

Erklärung

Signature