

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य हेतु आवेदन प्रारूप)					
APPLICATION No.: K/0624/0351		APPLICATION DATE: 23/06/24					
NAME of APPLICANT: NAMITARANI MANDAL		AGE-YEARS: 64	SEX: F				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BIJOY KRISHNA MANDAL							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PURBA BEULI, HINGALGAND, NORTH 24 PARGANAS 743439 WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48,000/-		(Attach Proof of Income)					
PAN No. & Income Tax Assessee: 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.	NAMITARANI MANDAL	64	F	SELF			
2.	GOPAL MANDAL	70	M	HUSBAND			
3.	MADAN MOHAN	36	M	SON			
4.	MOHAN MANDAL	32	M	SON			
5.	PRIYANKA MANDAL	29	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		उपभोग्यता कार्ड		अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किसे सर्वे निम्नी या उद्देश्य:							
Medical Reports/Prescriptions Attached							
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 ली जा रही है?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED					
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम	सी गई सहायता राशी					

- AGREEMENT by APPLICANT (PRINTING DATE 10/01)

- अभ्युदय के इलाखर का अंगरे का विज्ञान

নামিতা রানী মণ্ডল

2. "कॉशिका पायनरेशन" से भी यह सहायता संभव विविध प्रकृति की है। ऐसी यह हमसाल द्वारा ही यह सहायता या फिर यह सहायता/प्रतिष्ठा का भुगतान ऐसी यह हमसाल से बीन का विवरण है और "कॉशिका पायनरेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उद्योग नहीं है। इसीलिए हमसाल ने ऐसी के द्वारा यह सहायता और जहाँ जहाँ की सारी जिम्मेदारी ऐसी यह हमसाल की होगी और "कॉशिका" की कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

OPTOM ANAND DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
SANKARA DEVI HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो इच्छा 2

ज्योत्समी इन्दलकर ।

स्वाध्यायः इन्द्राय ३

Exchanged

Signature: _____