

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: 4/0624/0354 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 23/06/24 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SABITA PARAMANIK आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 57	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PASHUPATI PARAMANIK पिता/कटुम्ब का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता TUSHKHALI, NORTH TWENTY FOUR MARGANAS 743446, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 X 12 = 48,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. रखाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)				
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.	SABITA PARAMANIK	57	F	SELF
2.	SUBODH PARAMANIK	64	M	HUSBAND
3.	SUSHANTA PARAMANIK	28	M	SON
4.	PRASANTA PARAMANIK	23	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) यरीबी रैखा 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) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (STICS + 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 लेई गई सहायता राशी		

3

- AGREEMENT by APPLICANT** (APPLICANT USE ONLY)

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

2. "कोशिका फायंडेशन" से सी गई सहायता केवल शैक्षणिक प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत हुए पैसों में से सलज का किये गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रोगी एवं इम्प्लांट के बीच का विषय है और "कोशिका फायंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्तागत पै रोगी के प्रभाव सुझा और अपने खर्च की सही विम्वेणरी रोगी एवं इम्प्लांट की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विम्वेणरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसद्

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Subhasis Das
M.B.B.S, M.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व सम्पर्क संख्या लिखें

OPTOM ANJALI DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of hospital)
SANKAR EYE HOSPITAL, KOLKATA

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इनामदार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Safeway

2017