

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

4/0625/0597

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/06/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

TAPATI DUTTA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

RDILIP DUTTA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

4 NO, DESHBANDHU NAGAR SODEPUR PANIHATI

NORTH 24 PARGANAS WEST BENGAL-700110

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

Cook

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

3000 x 12 = 36,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई पत्रा 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

हाँ / 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.	TAPATI DUTTA	51	F	SELF
2.	RDILIP DUTTA	54	M	HUSBAND
3.	AVISH EK DUTTA	31	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि उल्लेख

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे बिमारी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (RE)
2.	SURGER - (GLAS+IOL) RE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशी

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा वकालत)

23) गी. (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि पेशा, पशु, फाँटे और विषाणु यह कि सहायता श्री इन्द्रेयों से प्राप्ति है पुनः स्वयः सहायता का हस्तकण नहीं बघता। इस सम्बंध में "कौटिल्य" एषण इसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

साथे एक ही समीक्षा या समूह को निरूपित

- Tapali Dutta

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कर)

2. "कोशिका फायब्रेशन" से ली गई महत्वपूर्ण अवलोकित प्रकृति की है। ऐसी पर हमला द्वारा ही गई सतह या किने एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होनी एवं हमला का बीच का विषय है और "कोशिका फायब्रेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमला में होनी के इलाज सूत्रा और जाने जाने को सही जियोपैरी होनी एवं हमला की होनी और "कोशिका" की कोई पुनिका या जियोपैरी इस मामले में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Shikhar Chandra

M.B.B.S M.S
Gold Medalist
Reg no. 71035

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र नं.

Optom Avijit Das
Senior Program Officer

Sankarajyoti Singh (Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद : हस्तमाला अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
अध्यामी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इम्तियाज 2

Exempel

lieve