

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0724/0402 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 05.07.24 आवेदन तिथि :	
NAME of APPLICANT: USHARANI GHOSH आवेदक का नाम :		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 59	SEX लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE GOUR GHOSH पिता/कटुम्भ का नाम :			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता SADIKNAGAR, CHAITA BASIRHAT-II, NORTH 29 FARGANAS 743445 WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता — AS ABOVE —			
OCCUPATION : व्यवसाय : MAID		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 2000 X 12 = 24,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे 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
1.	USHARANI GHOSH	59	F
2.	LATE BACHU GOPAL GHOSH	64	M
3.	SANJAY GHOSH	30	M
4.	SANJIB GHOSH	26	M
5.	RANU GHOSH	21	F
6.	MANONI GHOSH	18	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) मंजीबूरी रेशन कार्ड की 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनिर्दिष्ट उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (SIOS + 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 ली गई सहायता राशि	

3

- AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा कए)**

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



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

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को ऊपर से मापसंकेपी को "कोशिका फायनेंस" से विलियम प्रभावित हो, नियंत्रित को जारी है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मायमी हत्यासा २