

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No. : <u>K/0824/0658</u> आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : <u>24/08/24</u> आवेदन तिथि :			
NAME of APPLICANT : <u>PURNIMA DEY</u> आवेदक का नाम :		AGE-YEARS <u>70</u> आयु-वर्ष :	SEX <u>F</u> लिंग :		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>BISTU CHARAN DEY</u> पिता/कटुम्भ का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS <u>वर्तमान आवासीय पता</u> <u>PT/AJ12, HARANSAR GALI, KOLKATA</u>					
<u>700067, WEST BENGAL</u> PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>स्थायी आवासीय पता</u> <u>— AS ABOVE —</u>					
OCCUPATION : <u>PRIVATE TUTOR</u> व्यवसाय :			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <u>X</u>		
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>2000x12 = 24,000/-</u> कुल वार्षिक आय :			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. <u>स्थायी खाता संख्या</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) : Yes / No <u>हाँ / नहीं</u>					
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 सम्बन्ध	
1.	<u>PURNIMA DEY</u>	<u>70</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>	
2.	<u>ANITA DEY</u>	<u>62</u>	<u>F</u>	<u>SISTER</u>	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — LE</u>				
2.	<u>SURGERY — LE (SICS + IOL)</u>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	

3

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कला)**

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

৬৭৭ ৪৭ ৬৭

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:

- इन्को अधिकतर इलाक़ों की ओर से नामसु/ऐली को “कॉशिका फ़ाउन्डेशन” से वित्तीय सहायता हेतु सिफ़ारिश की जाती है, जिसे इन (हस्तगत) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/06/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम : हस्तेश्वर व सैतु व.

ATTENTION KGW 2077 DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital):

SANKARAYAN
भारत के पद हस्तमाला अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो हस्तोक्तः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर २