

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

K/1224/1467

APPLICATION DATE:

10/12/24

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

SREEMATI TUKO BARUI

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

64

SEX लिंग

F

आवेदक का नाम

FATHER/SPOUSE'S NAME:

ANIL BARUI

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान वास्तव्य का

PETAADHANIHATI, MATHABAIABAD, SANDESHKHALI

1, NORTH 24 PARAGANAS 743442, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वास्तव्य का

— 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 करें)

PAN No. रपार्ड खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान लें उस पर सही का निशान लगाएं)

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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SREEMATI TUKO BARUI	64	F	SELF
2.	ANIL BARUI	29	M	HUSBAND
3.	SAMAR BARUI	36	M	SON
4.	AMAR BARUI	37	M	SON
5.	RINA BARUI	29	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) यसोही देखा 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 लिये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/चिकित्सक से चर्चा की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STC & IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एतौ यह सहायता यती

- 1) मैं योग्य समझूँ हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही हैं, और मैं उन्हें सही रूप में प्रस्तुत कर रहा हूँ। मैं यह भी समझता हूँ कि मेरी जानकारी सही है या नहीं।
- 2) मेरे द्वारा यह साक्षात्कार "सामान्य जानकारी", मेरे सही सही है, जिसका उपयोग मेरी जानकारी के लिए किया जा सकता है, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यह समझता हूँ कि जिस जानकारी को मैं प्रस्तुत कर रहा हूँ, वह सही है और मैं इसे सही रूप में प्रस्तुत कर रहा हूँ। मैं यह भी समझता हूँ कि मेरी जानकारी सही है या नहीं।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरावर या संकेतों को स्पष्ट रूप से लिखें, वे (मार्केड) अपनी जाति के पूर्ण नाम हों। "संविधान सभामें और अपने भाषियों" के संविधान काल में जो मत दिए गए, संकेत और जो विचार इस प्रश्न में संक्षेप हैं, उसे "संविधान" रूप में लिखें, यह, जनसभा द्वारा संविधान के कुछ संशोधनों और संशोधनों के विभिन्न विधियों के प्रसार करने के लिए संविधान है। जो प्रश्न का विचार में संविधान के काल के बारे में करने के लिए "संविधान सभामें" में नहीं संविधान है।

- 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 गणितज्ञ, इन्साल्टों को और से मामलेलेवे को "कोविदा काउन्टेन" के निमित्त जामया से इशारित की जाती है, जिसे हम (हमारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

स्वीकृती के लिए संस्थान

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S M.S.
Gold Medalist

(Name of Don & Rec'd Mo. with Stamp)

हव्यस्य च नाम न ह्यव्ययं य रेति न

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

नाम व यद् वसुधातु व्यक्तव्य व्यक्तव्य

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायमै प्रस्तावित ।

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्याय दस्तावेज 2

Handwritten signature