

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 1K/1224/1482

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 20/12/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SAMBHU DAS

आवेदक का नाम

AGE-YEARS वर्षों में

57

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAJAN DAS

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

43 SRIPALLY DP NAGAR KAMARHATI BELGHORIA
NORTH 24 PARAGANAS 700056
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

5000 x 12 = 60000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आय संख्या

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

क्या आप आय कर खाता है (जो मान्य हो उस पर छी का निशान लगाये)

Yes / Ho

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	SAMBHU DAS	57	M	SELF
2	RINKU DAS	45	F	WIFE
3	RINKI DAS	24	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)भारतीय रेशा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को प्रामा प्रती संलग्न करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को प्रामा प्रती संलग्न करें)Ration Card
(Attach Copy)उपभोगता कार्ड
(प्रमाण पत्र को प्रामा प्रती संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये निम्न कारण

Sl. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न

DIAGNOSIS - CATARACT - LE

2.

SURGERY - HE - (JULY + JULY)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED उसी हेतु सहायता राशि

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 Noshika 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.

3) मैं कुल कहता हूँ कि मैंने जानकारी दे चुकी है कि मैंने अपने पत्र में सच कहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थी द्वारा पत्र)

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

2) मैं (ज्योतिषक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा जन्म, माता, पिता और विवाह का हिंसाकारिता से सम्बन्धित से प्रभावित है मुझे सलाह सहमत होकर अपने पिता से बातचीत करनी चाहिए। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्योतिषों का निर्णय सही और सम्भव है होगा।

आभेदात्ते त्वसाधार वा संप्रति वा निदान

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

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

[illegible]

2. "संविधान सभा-देसाय" से ही यह संस्थापक संकेत विधिव प्रकृति की है। संघों पर इसका दायर है यह संस्थापक या हिने एवं उपचारप्रतिष्ठा का पुनर्गठन होती एवं सम्पादन के बीच भा विषय है जो "संविधान सभा-देसाय" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्रथम नहीं है। इसलिए सम्पादन में संघों के स्तरान सुझा और अपने जाने को सही विधिपूर्वक होती एवं सम्पादन की होती और "संविधान" को सर्वे सुनिश्च व निर्धारित रूप जालों में छोड़ देंगे।

सूचीकृती के लिए संस्तुति

ऑनलाइन पैसे जमा

Dr. Shekhar Das

M.B.B.S M.S.
Gold Medalist
(Name in English & Hindi with Stamp)
डा.एस.का.नाम व इम्प्रेस व रोल नं.

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

नमः न पद इत्येतत् अविष्ट अविष्टौ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कश्मीरिक्त नमोने ऐत

न्यासी हस्त्यक्षर ।

न्यायी इन्द्राय २