

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1224/1321

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/12/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

JALADHAR SANTRA

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

DULIN BIHARI SANTRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MALLICK BAGAN HAORA - 711302 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

TEA STALL

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

5000 x 12 = 60,000/-

PAN No. स्थाई आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य से 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 सम्बन्ध
1.	JALADHAR SANTRA	70	M	SELF
2.	AKASH SANTRA	63	F	WIFE
3.	SWADES	24	M	SON
4.	SOURAV	28	M	SON
5.	SANJAY	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्न आधार

SPL Card (Attach Card Copy) सर्वोपरी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	EMS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न गये निम्न का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
वैद्यकीय/प्रेस्क्रिप्शन्स से साथ की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रेस्क्रिप्शन्स से साथ की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - LE (CATARACT)
2.	SURGERY - LE (SICS + 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 सी गई सहायता राशि

- AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति प्राप्त करने वाला)**

- आवेदन को हस्ताक्षर या मंगुले सह निम्न



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:

- [illegible]

7. "जेलिया पब्लिकेशन" से तो नई सहायता मिलत विविध प्रकृति की है। ऐसी ज वस्तुगत प्रश्न को ही संलग्न क किने के उपचारप्रक्रिय का पुनः ऐसी एवं इत्यादा में योग का निष्पत्ती है और "जेलिया पब्लिकेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई फायदा नहीं है। इसलिये वस्तुगत में ऐसी के प्रत्यक्ष सुझाव और अपने अपने की सही नियंत्रणों ऐसी एवं इत्यादा को प्रयोग और "जेलिया" को कोई भूमिका या विशेषज्ञता इस सवाल में जारी होगी।

रखीकृती के लिए संरक्षित

24 | 12 | 24

Dr. Shibashis Das
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम/पंजीकरण नं. के साथ

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIRA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी प्रसाद ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
रामजी इरगुडा २

Safarzal

Handwritten signature