

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: 15/1224/1537..

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 26/12/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KANAN MONDAL

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE PRAKASH MONDAL

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

KHULNA, SANDESHKHALI, NORTH 24 PARAGANAS,
743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता

- AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

TAILOR

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

3000 x 12 = 36000

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो 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
	KANAN MONDAL	64	F	SELF
	LATE PRAKASH MONDAL		M	HUSBAND
	SWAPAN	42	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - (LE)
	SURGERY - LE - (SIERS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई 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 Koshika 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.

- AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा कल)

- 2) मैं (अव्यय) इस बात से सहमत हूँ कि माता, पति, फोले और विषयों को कि साहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे समझ: साहाय्य का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "फोसिका" एवम् उसके नाशियों का निर्णय अस्थिर और बाध्यकारी होगा।

आर्यदेव के इलाखर पर जंगल का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

के बीच का विषय है और "कोशिका कायदेसल" इस किसी प्रकार का बर्तन दबाने नहीं है। इसलिये सम्भवतः ये दोनों के इतना समझा और अपने-आपने को सही समझे। दोनों एक-दूसरे को हटाने और "कोशिका" को बर्तन धुँसना या बिजलीघरों इस मामले में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

मनोवैज्ञानिकों के लिए संज्ञाति

26 | 12 | 24

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S W.S
Gold Medalist
Reg. no. 71035

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

हमारे का नाम व इलाका व रजि. नं.

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

नाम च पद हस्यतात् अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञानरिक्त उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इत्यादि ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

here