

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building block of life		
APPLICATION No.: K/0423/0083 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 12/04/23 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SATYABATI BARDAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 61	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAM BARDAR पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता DWARIG JANGLE, GHULAPARA, SANDASH KHARI NORTH 24 PARGANAS, 743446, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्याई कार्ड संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान 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 संबंध
1.	SATYABATI BARDAR	61	F	SELF
2.	RAM BARDAR	66	M	HUSBAND
3.	LOB BARDAR	38	M	SON
4.	GANGADHAR BARDAR	34	M	SON
5.	BRINDHAR BARDAR	30	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 किये गये विनियम का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
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 लिये गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली 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.

1) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विश्रुत एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउण्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।

3) मैं पुनः कर्ता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या संभव हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

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.

14/12/2022