

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता देत् आयोद्धन प्राप्ति

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य संवर्धन)



APPLICATION NO.: K11218 | 2009  
प्रकरण संख्या:

APPLICATION DATE: 14/12/18  
प्रकरण तिथि:

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम: **ABDUL FAYEED GAYEN**

AGE-YEARS वय-वर्ष: **58** SEX लिंग: **U**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पितृजी का नाम: **ABDUL KHALEK GAYEN**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पता  
**BABA CHUNNU FULL MARKSHIN, USHPADHICHPUR  
SOUTH IN DHAKA DISTRICT BANGLADESH**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान स्थायी पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION:  
पेशी: **LABOURER**

MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (मिहिरना)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक वात: **Rs. 20000/- = 24000/-**

(Attach Proof of Income)  
(वात का साक्षण संपर्क)

PAN No.: ट्रॉफ नंबर संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):  
क्या आप वात का वात है? (वो जगह ही वात का वात का विवर दर्शाएँ):

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरेलू विवर

Sr. No. इन संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	ABDUL FAYEED GAYEN	58	M	SELF
2.	RASHMINA BINTI	42	F	WIFE
3.	CANIRA KHATRON	16	F	DAUGHTER
4.	BUKHIR GAYEN	18	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
आवास के लिए विवरित वात:

BPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के लिए वात का (वात का कोई साक्षण नहीं)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एस्सी कार्ड के लिए वात का (वात का कोई साक्षण नहीं)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (वात का कोई साक्षण नहीं)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड का वात
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
आवास के लिए वात का उद्देश्य:

Sr. No. इन संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवास के लिए वात की एक या अधिक डॉक्यूमेंट जूडी संलग्न
1.	Diagnosis - <i>CHF - R.</i>
2.	Surgery - <i>Rt (Cervical)</i>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
एक उद्देश्य के लिए वात का वात दूसरी स्रोत से दिया गया है?

Sr. No. इन संख्या	NAME of OTHER SOURCE दूसरी स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED वात की वात का मात्रा

**DECLARATION by APPLICANT: (ग्रन्थाता द्वारा करें)**

- 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.
- 4) मैं इस पत्र के बारे में यहीं पर्याप्त जिज्ञासा की गयी तरफ से नहीं हूँ। यहीं लिखा गया काम का बदला है जो मैं अपनी जिज्ञासा की तरफ से नहीं हूँ।
- 5) मैं इस पत्र के बारे में यहीं पर्याप्त जिज्ञासा की गयी तरफ से नहीं हूँ। यहीं लिखा गया काम का बदला है जो मैं अपनी जिज्ञासा की तरफ से नहीं हूँ।
- 6) मैं यहीं पत्र के बारे में यहीं पर्याप्त जिज्ञासा की गयी तरफ से नहीं हूँ। यहीं लिखा गया काम का बदला है जो मैं अपनी जिज्ञासा की तरफ से नहीं हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT: (ग्रन्थाता द्वारा करें)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/ publish/publish-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 its 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.
- 3) मैं यहीं पत्र के बारे में यहीं पर्याप्त जिज्ञासा की गयी तरफ से नहीं हूँ। "कोशिका योगदान आवास वित्तीय समर्पण" के बारे में यहीं पत्र के बारे में यहीं पर्याप्त जिज्ञासा की गयी तरफ से नहीं हूँ। यहीं लिखा गया काम का बदला है जो मैं अपनी जिज्ञासा की तरफ से नहीं हूँ। यहीं लिखा गया काम का बदला है जो मैं अपनी जिज्ञासा की तरफ से नहीं हूँ।
- 4) मैं (ग्रन्थाता) इस पत्र के बारे में यहीं पर्याप्त जिज्ञासा की गयी तरफ से नहीं हूँ। यहीं लिखा गया काम का बदला है जो मैं अपनी जिज्ञासा की तरफ से नहीं हूँ।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अधिकारी के नाम पर लगाए गए छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL: (संस्थान द्वारा करें)**

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:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसे अधिकृत, अधिकारी के नाम पर लगाए गए "कोशिका योगदान" के लिए लगाए गए छाप की तरफ से यहीं हूँ। यहीं पर लगाए गए छाप की तरफ से यहीं हूँ।

- 1) यहीं पर लगाए गए कोशिका योगदान के लिए लगाए गए छाप की तरफ से यहीं हूँ। यहीं पर लिखा गया काम का बदला है जो मैं अपनी जिज्ञासा की तरफ से नहीं हूँ। "कोशिका योगदान" के लिए लगाए गए छाप की तरफ से यहीं हूँ। यहीं पर लिखा गया काम का बदला है जो मैं अपनी जिज्ञासा की तरफ से नहीं हूँ। यहीं पर लिखा गया काम का बदला है जो मैं अपनी जिज्ञासा की तरफ से नहीं हूँ।

- 2) "कोशिका योगदान" के लिए यहीं लगाए गए छाप की तरफ से यहीं हूँ। यहीं पर लिखा गया काम का बदला है जो मैं अपनी जिज्ञासा की तरफ से नहीं हूँ। "कोशिका योगदान" के लिए लगाए गए छाप की तरफ से यहीं हूँ। यहीं पर लिखा गया काम का बदला है जो मैं अपनी जिज्ञासा की तरफ से नहीं हूँ।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
अधिकृती के लिए छाप

Date of Surgery  
अंडोलन की तिथि

14/12/18

Dr. K. Ghosh  
DD, DNB, FRCS  
No. 50971  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
काम का लिए लगाए गए छाप

Shri Bunker Bagchi  
Director  
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory  
on behalf of Hospital)  
काम का लिए लगाए गए छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अधिकारी द्वारा है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी छाप 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी छाप 2