

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No. : K/1218/2022 APPLICATION DATE : 15/12/18

NAME of APPLICANT : NASIMA BIAH AGE-YEARS : 58 SEX : F.

FATHER/SPOUSE'S NAME : MD. QURZU ALAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 12/1 MAHER ALLIANCE TANGRA, KOLKATA 700016, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

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.	NASIMA BIAH	58	F	SELF
2.	QURZU ALAM KHAN	59	M	HUSBAND
3.	MAHAR KHAN	20	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- LE.
2.	SURGERY- LE (OPHTH)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

Sr. 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 Kothika 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी आपसत निमत की जा सकती है।

2) मैं इस को आपसत प्रति "कीटिका फाउन्डेशन", से ले जा रही हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस आपसत हेतु या उपयोग की पूर्ति के, उस प्रति का कीटिका या कसत निमत किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-upreproduce 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 fulfillment 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.

1) इस उद्यम का अपने इलाका या क्षेत्रों की जायत लक्ष्य, वी (कार्यक्रम) अपनी समझौते की मुक्ति प्राप्त है एवं "कोलिका पराधीनता और उच्च न्यायोचित" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, जन्म, पते और को विचार इस उद्यम में संश्लिष्ट है, उक्त "कोलिका" एम्प्लू न्यायो, राज, लक्ष्यका प्राप्त करने में मुझे अधिकृत और उच्चन्यायोचित को विचार करने में उच्च लक्ष्य में उच्चन्यायोचित करने में विचार अधिकृत है। मेरे उद्यम का विचार मेरे इलाका के क्षेत्रों का नाम में करने में विचार "कोलिका पराधीनता" व न्यायो अधिकृत है।

2) मैं (अन्यथा) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना आपकी अनुमति के उपयोग में नहीं लाया जाएगा। मैं आपकी सेवा में "कॉलिंग" करने वाले व्यक्तियों का निजी जीवन और सम्पत्ति को सुरक्षित रखूँगा।

अनेकदा ते वास्तविक वा अंधे वा दिसतात



By affixing her/his/their signature, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospita) 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे स्पष्ट है, इसकाही की ओर से समर्थन देने की "कठिनाई" का मतलब है कि यह एक (असंभव) विचार है जो मान्य व स्वीकार्य नहीं है।

१) यह कि न तो अधिका और न ही अधिका के अतिरिक्त साक्ष्य किन्हीं के आकाश की संख्या या किन्हीं अन्य उद्देश्य से उक्त डेटाबेसों में होने या न हो है, जैसे कि हमने "कोलिका काउन्टर" में निम्नलिखित/किन्हीं उक्त के सम्बन्ध में "कोलिका काउन्टर" द्वारा पता हेतु कि है। यहाँ "कोलिका काउन्टर" द्वारा साक्ष्य किन्हीं अधिका/अधिका हेतु पता नहीं किया जाता है तो सम्बन्ध किन्हीं अन्य के आकाश की संख्या या किन्हीं अन्य उद्देश्य से साक्ष्य होने का अधिका प्रमाणित नहीं है। इस प्रमाण के अन्तर्गत यह है कि सम्बन्ध किन्हीं अतिरिक्त पता उक्त डेटाबेसों हेतु किन्हीं के आकाश की संख्या या किन्हीं अन्य उद्देश्य से नहीं होना/होना।

2. "बौद्धिक सम्पत्ति" से तात्पर्य केवल विचार शक्ति की है। ऐसी या सम्पत्ति इस से तात्पर्य है किने गये सम्पत्तिप्रतिष्ठा का सुपुत्र ऐसी एवं सम्पत्ति से शेष का विचार है और "बौद्धिक सम्पत्ति" इस विचार प्रकाश का कार्य करने की है। इसविषय सम्पत्ति में ऐसी की सम्पत्ति सुपुत्र और ज्ञान ज्ञान की कार्य सम्पत्ति ऐसी एवं सम्पत्ति की ऐसी और "बौद्धिक" की कार्य सुपुत्र या सम्पत्ति इस सम्पत्ति में कार्य होता।

कभीकाली के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/12/18

Dr. K. Ghosh
MBBS, D.O., DNB, FRCS
Reg. No. - 50971

(Name of Dr. A. Rajan. Not with Stamp) Date

Enid Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
कमल मंगल इन्सुलिन अफेयर अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती इरावत ।

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 भवानी इमरता 2

2020