

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देने आवेदन प्राक्षय

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: KJ1218/2087
संवेदन संख्या:

APPLICATION DATE : 19/10/18
संवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT : CHHAMIRUN BIBI MOLLA
संवेदक का नाम :

AGE-YEARS वय-वर्ष : 50
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LUTHFAR MOLLA
पितृ/स्त्री का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 14, CHHOTO HALLA RANGA PURA,
HALLA KHATI, JASWALA, SOUTH 24, PHAGANAD, 61251 BENGALI

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 14, CHHOTO HALLA RANGA PURA

— PS ABOVE —

OCCUPATION :
सेवा

DOMESTIC HELP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME :
वार्षिक आय

Rs. 1000 x 12 = 12,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. प्रांती संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)
आपका जब भी इस पर आदी का निशान साधारण

Yes / नहीं
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS संघर्ष विवरण

Sr. No. अनु संख्या	Name of Family Member संघर्ष में सहायता का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant संघर्ष के साथ सम्बन्ध
1.	CHHAMIRUN BIBI MOLLA	50	F	SELF
2.	LUTHFAR MOLLA	60	M	HUSBAND
3.	FAIKUL MOLLA	21	M	SON
4.	SALIQU MOLLA	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
प्राप्ति के लिए चिह्नित करें:

BPL Card
(Attach Card Copy)
एपीएल कार्ड की प्राप्ति करने का
(प्राप्ति करने की सहायता की सोचन का)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
एसएस कार्ड की प्राप्ति करने का
(प्राप्ति करने की सहायता की सोचन का)

Ration Card
(Attach Copy)
राशन कार्ड
(प्राप्ति करने की सहायता की सोचन का)

Any Other
Basis/Proof
अन्य की सहायता

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
प्राप्ति के लिए लिखें का उद्देश्य:

Sr. No. अनु संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached कार्यालयीकार में लिखी गई और डिस्ट्रिक्ट अधीक्षी संतान
-----------------------	---

1. DIAGNOSIS: CATHARICELE

2. SURGERY - LF (SISTER TOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए अन्य स्रोतों द्वारा लिया गया हो?

Sr. No. अनु संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED लिया गया सहायता की मात्रा

DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा घोषणा करते हुए:

- 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 Kashika 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 अपनी यहां पर्याप्त जानकारी के समुदाय का एक सदस्य हूँ और इसकी विभिन्न विधियों का बहुत ज्ञान वाला हूँ तो मैं इसकी विभिन्न विधियों की जानकारी का उपयोग करता हूँ।

2) मैं इस के लाभान्वयन की "विभिन्न विधियों", जो यहां पर्याप्त हैं, का लाभान्वयन करने की उम्मीद करता हूँ जिसके द्वारा मैं इस योग्यता का प्राप्त करता हूँ।

3) मैं उम्मीद करता हूँ कि यह योग्यता की वजह से, मैं इसके लाभान्वयन के लिए इसके लाभान्वयन का लाभान्वयन करने की उम्मीद करता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (write in English)

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

Answers to practice test items in form



AGREEMENT by HOSPITAL (THIS PAGE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koelika 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 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.

मानव जीवन की विभिन्न अवस्थाएँ और उनके संबंधों का "सम्बन्धीयता" वाले अवस्थाएँ हैं।

2. "सौंदर्य प्राप्तवेता" में ली एवं समाज पंक्ति विभिन्न रूपों की है। ली एवं समाज द्वारा ली एवं समाज या विभिन्न ली एवं समाज विभिन्न रूपों का बुलन ली एवं समाज
में ली एवं समाज है और "सौंदर्य प्राप्तवेता" द्वारा ली एवं समाज या विभिन्न रूपों की है। विभिन्न रूपों में ली एवं समाज बुलन ली एवं समाज या विभिन्न रूपों की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इकाई ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इकाई 2
---------------------------------------	---------------------------------------