

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of Life.

APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या:

R/0110/2295

APPLICATION DATE: 05-01-2019
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

SHAKILA BEGUM

AGE-YEARS वय-वर्ष
58

SEX लिंग
F

FATHER/SPOUSE'S NAME:
जीवित का जन

MD SIRATUDDIN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान परा
18/11/95, DR. M. N. CHATTERJEE SARANI, RAJARAM
MOHAN SARANI, KOLKATA - 700009,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति वास स्थान परा

— AS ABOVE —



OCCUPATION:
अपेक्षित

HOUSE WIFE

MARRIED (प्रेरित) / UNMARRIED (विवेचित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

मुक्त वार्षिक वापर

Nil

(Attach Proof of Income)

(वापर का साक्ष चित्रण)

PAN No. प्राईट नंबर वर्णन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
कौन वापर कर रहा है (जो वापर हो उस पर वाही का विशेष लाभ है):

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरीबा विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरीबा के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SHAKILA BEGUM	58	F	SELF
2.	MD. SIRATUDDIN	30	M	HUSBAND
3.	MD. SARFARAZ	25	M	SON
4.	MD. SAKIB	21	M	SON
5.	MD. SAMID	20	M	SON
6.	CORINDA PREVER	04	F	DAUGHTER
7.	SHAMIMA A.D.	01	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिह्नित वापर

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कीर्ति वापर
गर्भवती विवाह के दोषे प्रवाल वापर (प्रवाल वापर की सम्यक गति संतुलन को)	जन्म वापर के प्रवाल वापर (प्रवाल वापर की सम्यक गति संतुलन को)	उपभोक्ता वापर (प्रवाल वापर की सम्यक गति संतुलन को)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिए गए विवाही का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दैविका से लाई जाई गई डिलिवरेट यूनिट संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVALAED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता लियी जाने वाली वापर हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALAED वही वापर वापर उसी

DECLARATION by APPLICANT: અર્થાત દાખલ વગે:

- 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 संकेत करता हूँ कि यह प्राप्ति मेरे द्वारा निभाए गए अपनी के समुदाय का एवं यहाँ आया है। यह कोई निभाए गए काम का साधारण वापर नहीं है जो मेरी समाजी विशेषता की तरफ से होता है।

2) मैं इस जै समाजी विशेषता के "संरक्षण कार्यालय" के लिए यहाँ आया हूँ, जहाँ उल्लंघन की बोली को दूर करने के लिए नियम बनाए, जो इस प्राप्ति में यहाँ आया है।

3) मैं यहाँ आया हूँ कि यह प्राप्ति की तरफ, यह एक या अधिक वर्षों तक इसी विशेषता के साथी है जो मेरी जै समाजी विशेषता की

AGREEMENT by APPLICANT (check or initial)

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

અધ્યક્ષ ને પ્રદાન કરવાની રીત



AGREEMENT BY HOSPITAL (CLINIC OR UNIT)

By affixing her/his/their signature below, the Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we/they/they all affirm & accept following:

- (Hospital) hereby affirm & accept knowing:
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.

प्राचीन शिल्पकारों की ओर से वास्तविकता के "सामाजिक प्रभावों" के विवरण की विविधता दी जाती है। यहाँ एक (प्रमुख) विवरण यह बनाए रखा कि अधिकारी का

- 1) यह कि व ही अधिक और व ही अधिक में विभिन्न सामग्री किसी भौतिकी संस्करण पर विभिन्न अनु रूपों से उक्त एवं उक्तालों में संलग्न व ही अधिक है, जैसे कि हमने "बोलिंग चाटन्डेल" से विभिन्नताओं विभिन्न तरफ से सम्बन्ध व ही अधिक व ही अधिक "बोलिंग चाटन्डेल" द्वारा प्रदर्शित है। ऐसे "बोलिंग चाटन्डेल" द्वारा सामग्री विभिन्न अविभावकताएँ हैं जिन्हाँ जीव का वह है जो सामग्री किसी अनु रूप से सामग्री की संस्करण से सामग्री की संस्करण से विभिन्नता द्वारा विभिन्नता द्वारा उत्पन्न होती है। इन पृष्ठों में विभिन्न प्रकार का वह है कि सामग्री विभिन्न तरफ उक्त एवं उक्तालों से देखा जाना जाता है।

2. "ਖੀਤਿਆ ਪਾਣਦੇਸ਼" ਵੇਂ ਹੋਏ ਪੰਜਾਬ ਬੰਗਲ ਮਿਥਿਹ ਝੁਕਿ ਵੀ ਹੈ। ਹੋਏ ਜਾ ਇਸਤਰ ਦ੍ਰਾਵ ਵੇਂ ਪੰਜਾਬ ਦਾ ਕਿਨੇ ਹੋਏ ਪੰਜਾਬਿਓਂ ਜਾ ਸੂਝ ਹੋਏ ਸੱਭ ਇਸਤਰ
ਵੇਂ ਹੋਏ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ "ਖੀਤਿਆ ਪਾਣਦੇਸ਼" ਦ੍ਰਾਵ ਕਿਨੇ ਪੁਲਾਰ ਕਾ ਆਉ ਪਲ ਵੀ ਹੈ। ਪੁਲਿਵੇਂ ਇਸਤਰ ਵੇਂ ਹੋਏ ਕੇ ਇਹਾਂ ਸੂਝ ਮੌਜੂਦ ਕਰੇ ਕਿਨੇ ਵੀ ਸਹੀ ਕਿਨੇਹੋਂਹੀ ਹੋਏ ਸੱਭ ਇਸਤਰ
ਵੇਂ ਹੋਏ ਅਤੇ "ਖੀਤਿਆ" ਵੀ ਆਉ ਪੰਜਾਬ ਦਾ ਕਿਨੇਹੋਂਹੀ ਇਸ ਸੂਝੇ ਵੇਂ ਹੀ ਹੋਣੀ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संलग्न

Date of Surgery बीमोत्तर दो तारीख १५-८-२०१९	 Dr. Hari Shankar Nag MBBS, MS, DNB (Ortho) (Name of Dr & Regd. No. with Stamp) 	 Dr. Sankar Bagchi Director Orthopaedic Foundation Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) 
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION काशीका वार्ता संस्था

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नवी रमेश ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नवाचे विकार 2

Sophy

Eric B