

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.: K10119/2298 APPLICATION DATE: 05-01-2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MEHRUN NISA AGE-YEARS 58 SEX F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHAFI UDDIN
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 256/1/H/6, ACHARYA PRAFULLA CHANDRA ROAD,
MARKET DABOL, KOLKATA 700 009, WEST
BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE.

OCCUPATION: HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो तो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय करदाता हैं (को वही टिक करें जो लागू हो) 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 से संबंध
1	MEHRUN NISA	58	F	SELF
2	KALSHR HUSSAIN	55	M	SON
3	MD. CHATRU	52	M	SON
4	MD. SAMIR	49	M	SON
5	FAHIM KHAN	15	F	DAUGHTER
6	AFRIN KHAN	11	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **सर्वोदय एन सीएस एन**

- 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 बताना हूँ कि इस सहाय के बिना मैंने अपने विद्यार्थी जीवन के अग्रिम भाग पूर्ण नहीं किया है। यदि कोई विद्यार्थी पूर्ण अथवा आंशिक सहाय प्राप्त करेगा है तो मैंने सहायता प्राप्त की या करूँगी है।
- 2) मैं इस सहायता को "कॉलेज फायरेंडशिप", के तहत प्राप्त करूँगी, मैं इसे प्राप्त करूँगी, इसका उपयोग करूँगी और इसे पूर्णतः अपने विद्यार्थी जीवन के अग्रिम भाग में ही प्रयोग करूँगी।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त करूँगी या करूँगी नहीं, उस राशि या राशि का उपयोग या सहायता प्राप्त करूँगी बिना किसी और स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी के या किसी और स्रोत से। और मैं इसे पूर्णतः अपने अग्रिम भाग में ही प्रयोग करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (below DO NOT)

- 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/post-up/produce 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.

- 1) इस प्रश्न पर अपने ज्ञानानुसार या अपने किसी सहायक, वै (आपरेटर) अपनी सहायता की पुष्टि कराते हैं एवं "बीडिआ फायरिंग" और उसके ग्यादीयों " को अधिभुक्त कराते हैं कि वेद जग, पाद, पीदी और को विभाग इस प्रश्न में संशित है, उसे "बीडिआ" समुत् ग्यादी, राग, सपराधन दुर्गोप से मुदी पीडिपिथि और उल्लिखितों को लिने किसी भी प्रकार सम्मन से प्रसति करने में सिम् अधिभुक्त है। ये प्रश्न का विभाग भी इसका को पारी का मर में करने में सिम् "बीडिआ फायरिंग" व ग्यादी अधिभुक्त है।
- 2) वै (आपरेटर) इस मर में साहज हैं कि वेद जग, पाद, पीदी और विभाग को कि प्रज्ञाता को उर्गोप से प्रमित है मुझे सता: साहजता का इकारा भी बगता। इस कार्य में "बीडिआ" समुत् ग्यादीयों का निर्णय अतिम और सामगरी होत।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

[illegible]

AGREEMENT by HOSPITAL (എമ്മിറ്റി എസ്)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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 अधिकतर इराकियों को और से गालीलेइयों को "बोशिया फायेसन" से विभिन्न प्रकार से हेतु विवशित भी जारी है, जिसे हम (इराकियों) फिर प्रसार से राज्य व अवेकात करती है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश नैतिक संप्रदाय किसी भी सामग्री को संभार या किसी अन्य तत्व से उच्च दर्जा/पुण्य में लेने या ले खंड है, जैसे कि अपने "कॉलिका पायन्डोर" से विपरीत/विपरीत उच्च से संभार में "कॉलिका पायन्डोर" द्वारा पार हो कि है। यदि "कॉलिका पायन्डोर" द्वारा संभार किसी अधिक/अवकाश से अनुप्राप्त नहीं किया जात है तो अवकाश किसी अन्य भी सामग्री संभार या किसी अन्य संप्रदाय से संभार लेने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस भूमि में स्पष्ट कहा जात है कि अवकाश द्वितीय पार उच्च दर्जा/पुण्य से कि किसी भी सामग्री संभार या किसी अन्य संप्रदाय से नहीं संभार/लेते।
2. "कॉलिका पायन्डोर" से तो यह संभार केवल द्वितीय प्रभुत्व की है। ऐसे पर हमलाएं द्वारा दो यह संभार या किने गये अवकाश/अधिक या पुनः ऐसे एवं हमलाएं से संभार का विचार है और "कॉलिका पायन्डोर" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकाग्र नहीं है। इसलिए हमलाएं में ऐसे से संभार सुरा और जाने जाने की सारी निमित्तों ऐसे एवं हमलाएं की होती और "कॉलिका" की कोई अधिक या निमित्तों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सभीकृती के लिए संयुक्ति

Date of Surgery अतिरिक्त की तारीख 05-01-2019	Dr. Hari Shankar Nag MBBS, MS (Genl) Reg. No. 6756 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. हरि शंकर नाग के द्वारा	Shri Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) कमलेश्वर इन्सुलिन अस्पताल के द्वारा
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION सन्दर्भिक उपयोग हेतु

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય વિકાસ	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય વિકાસ
	