

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0219/2302

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05-01-2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

NASIMA KHATOON

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

MD. RAFTQUE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

3C/2/A DE MANTHARA CHATTERJEE
SARANI, KOLKATA 700009 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

DOMESTIC HELP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs 800 x 12 = 9600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगाएं)

Yes/No

हां / 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 के साथ सम्बन्ध
1-	NASEEMA KHATOON	53	F	SELF
2-	SAHEB ALAM	20	M	SON
3-	MD. ALI	21	M	SON
4-	ALI MURTVZA	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक दूत खेवत नः**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सच माना है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को स्थापित करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पर्यटन है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस प्रमाण हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस प्रति का अधिकतम या प्रकृत विस्तार किसी अन्य प्रोटीनोलेक्टोमोफोस कम्युनिटी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (see pg 40)

- 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/print/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.

- 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 दायर या अपने इच्छा का जो कोई भी प्रयत्न सफल, मैं (अर्पक) अपने छात्रों को प्रेरित करूँ हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दायर में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" एवम् छात्रों, घर, सम्बन्धित पुराने उद्देश्य से जुड़ी व्यक्तिगत और उल्लेखित के तहत किसी भी प्रकार सम्पन्न हो प्रशंसित करने में सक्षम अधिकृत है। मैं इस का विवरण भी इच्छा के करने का मत में करने में सक्षम "कोशिका फाउंडेशन" व व्यक्तियों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि छात्रों को उद्देश्य से प्रेरित है मुझे सदा: छात्रों का सम्बन्ध नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् छात्रों व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और सम्बन्धित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेक के इलाका मे अंग्रेजी का निगम



AGREEMENT by HOSPITAL. (बिना किसी बात)

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.

[illegible]

- 1) यह कि न तो सीजन और न ही सीजन में विभिन्न सप्ताह किसी भी सप्ताही प्रमाण या किसी अन्य उद्योग से उक्त ऐतिहासिक में लगे या लें लें हैं, जैसे कि अपने "कोलिका पायनेशन" में विपरीत/विपरीत उक्त के सप्ताह में "कोलिका पायनेशन" हुए गहरा होना है। यदि "कोलिका पायनेशन" हुए सप्ताह किसी अतिरिक्त/अलग होना मनुष्य की किताब जान है तो अस्पताल किसी अन्य भी सप्ताही प्रमाण या किसी अन्य प्रमाण से सप्ताह लगे या अतिरिक्त सुनिश्चित उक्त है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विभिन्न गहरा उक्त ऐतिहासिक होना किसी भी सप्ताही प्रमाण या किसी अन्य प्रमाण से नहीं होना/लगे।
2. "कोलिका पायनेशन" से लगे यह सप्ताह कोलिका विभिन्न प्रकृति की है। ऐसी या इत्यादि हुए दो यह सप्ताह या किने गने उपचार/प्रक्रिया का सुनिश्चित होना एवं इत्यादि को कोलिका का विधान है और "कोलिका पायनेशन" हुए किसी प्रकार का कोई उद्योग नहीं है। इसीमें इत्यादि में ऐसी को इत्यादि सुनिश्चित और अपने जाने की सटीक विधि/प्रक्रिया ऐसी एवं इत्यादि को ऐसी और "कोलिका" की कोई सुनिश्चित या किने/प्रक्रिया हुए सप्ताह में नहीं होना।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

मन्वीकृतं च विष्णु संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 05-01-2009	 Shilp Sankar Bagchi MS. (OPHTH) Reg. No. 65658 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व एच. नं.	 Shilp Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory On Behalf of Hospital) अस्त्रोपचार के लिए अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी वसन्त 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी वसन्त 2
	