

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0125/1630

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 07/01/25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ZAINAB BIBI

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ABDUL MAJID

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

M/1/H/7 NARKELDANGA MAIN ROAD, KOLKATA

700011, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

3000X12 = 36,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पत्रांक संख्या

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

Yes / No

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

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.	ZAINAB BIBI	71	F	SELF
2.	BESMA KHATUN	45	F	DAUGHTER
3.	ASMA BEGUM	42	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विपत्ति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विपत्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
②	SURGERY — RE (SIOS + 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 ली गई सहायता राशी

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)**

- 2) मैं (अश्वमेध) इस बात से सहमत हूँ कि यश नाम, पात, फोटी और विश्राम जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके आधिपति का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अखिलेश्वर के पुत्राक्षर या अंगुलि भा निषतान



2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई व्याख्या केवल विधि प्रकृति की है। रोगों पर हमला करने वाले जीवों को नियंत्रित करने के लिए यह उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देना एवं हमला करने वाले जीवों का विकास है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवायन नहीं है। इसलिए हमला करने वाले जीवों के शरीर में सूक्ष्म और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी देने एवं हमला करने वाली और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृतो के लिए संभ्रुति

07/01/25

Director
M.B.B.S., M.S. (Gold Medalist)
Reg. No. 7035 WB/1C
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद: इम्प्लान्त अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

न्यासी हस्ताक्षर ।

व्यासो हस्तधरः ।

Exempel

Rich