

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

K/0224/1270

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/02/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MARUFA BIBI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

49

SEX: लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

HAYBAT GOLDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GHANGATUSHKHALI, NORTH 24 PARGANAS,
743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

6500 X 12 = 78,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

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

Yes / No

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 सापेक्ष सम्बन्ध
1.	MARUFA BIBI	49	F	SELF
2.	HAYBAT GOLDER	62	M	HUSBAND
3.	HAFIJUL GOLDER	28	M	SON
4.	OMAR FARUK GOLDER	25	M	SON
5.	REHANA BIBI	20	F	DAUGHTER
6.	NARGIS BIBI	17	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विनोद 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 स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत 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 Kastika 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 सोचता हूँ कि इस क्षण में विदे गंग सरो विचार में काफ़ी क अज्ञान मय एक मनु है। यह कोई विचार एवं कल्पन अभाव पाया जाता है जो मेरी सहायता निराल को वा सकतो है।
- 2) मैं इस वा सहायता को "कथित काउन्सिल" में जो के रहो है। उसका अर्थवा इसी उद्देश को पूर्ति के सिधे किया जायेगा, जो इस क्षण में था पाया है।
- 3) मैं मुनि करता हूँ कि बिना सहायता को पा प्रत्येक को न है। इस सति का अर्थवा वा सकल हिमाल बिना अन्य सहायतावाकवाक्य कसनी में न हो सिधे है और न ही पवित्र में मूँव।

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/put-up/reproduce 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.

21 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 प्रश्न का उत्तरने हेतु छात्र को जंगल की छवि संभवतः, मैं (अभिराम) जाननी सहायता की कुछ करात हूँ। यह "सोशिका फार्मेशन" और इसकी व्याख्या " को अधिकृत करात हूँ। बि. मेरा नाम, प्रम. फोरे और मे विद्यालय इस प्रश्न में अधिकृत है, इस "सोशिका" ध्वज, मसौ, रात, वाचनाय दूसा उद्देश्य से मुझे विनिधित और उपसोच्य के तिले बिमरी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिए "सोशिका फार्मेशन" के व्याख्या अधिकृत है।

21. मैं (अपने) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, जाति और शिक्षा का किसी सहायता के दस्तावेज़ में उल्लिखित हो मुझे नहीं पड़ेगा; सहायता का हक़ मेरा नहीं होगा। इस सम्बंध में “कोशिका” ग्रंथमूलक अधिष्ठान का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या स्टेम्प का गिराना



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.

हमारे लक्ष्यवस्तु, हमारा कार्य और ये मायसेंटोरी को "अतिशक्ति" मानने वालों से मिलीय सहायता को निवारित करने के लिए हैं, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

5) यह कि न तो योथाम और न ही शेषिय में किसी महाकाव्य कविता के साक्ष्य का सम्पन्न या किसी अन्य स्थल से उक्त श्लोक/पाद्यों में पाये जा सके हैं, जैसा कि हमने "कोसिका काउन्डेशन" से शिकागो/बिनी/उत्का के सम्पन्न में "कोसिका काउन्डेशन" द्वारा मन्द हेतु कि है। यदि "कोसिका काउन्डेशन" द्वारा महाकाव्य बिनी/कोसिका/उत्का हेतु मन्द यह किज जात है तो सम्पन्न किसी अन्य के साक्ष्य को किसी अन्य सम्पन्न में महाकाव्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त द्वितीय मन्द उक्त श्लोक/पाद्यों हेतु किसी के साक्ष्य को किसी अन्य सम्पन्न से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका काउन्टिंग" से ही यह महावात कणल विधिय प्रकृति की है। रोणी या हायमाल ड्राय पी गई भलाह या बिने गने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोणी एवं हम्मालत के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टिंग" द्वारा किसी प्रजात का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हम्मालत में रोणी का प्रभाव मुक्त और आने जाने की सारी विमर्शारी रोणी एवं हम्मालत की रोणी और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या जिलेधरी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

अध्यापकी के लिए संस्कृति

अंगन की भाँति

10/2/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 योगी इन्द्रावत

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी हस्ताक्षर 2

Sufangzhi

Sc 28