

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0424/0053 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 12.04.24 आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: KARIMA BIBI GAYEN आवेदक का नाम:		AGE-YEARS: 57 आयु-वर्ष:	SEX: F लिंग:	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SEBADALI GAZI पिता/पति का नाम:				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SHARAT LUTIA ROAD, JAYNAGAR, MAJILPUR, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL 743334 वर्तमान आवासीय पता:				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी आवासीय पता:				
OCCUPATION: TAILOR व्यवसाय:		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 3000 X 12 = 36,000/- कुल वार्षिक आय:		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. (आवेदक का PAN):				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):				
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 सम्बंध
1	KARIMA BIBI GAYEN	57	F	SELF
2	SEBADALI GAZI	55	M	HUSBAND
3	KAZI GAYEN	32	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये विनति 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2	SURGERY — RE (STES + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?				
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.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमाने अथवा पाया जाता है तो मेरी प्राप्तियाँ भिन्न की जा सकती हैं।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।

3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अंशिक या सम्पूर्ण डिस्बर्स किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिये जा सके।

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/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.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, ये (सर्वोदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, ज्योटी और ओ विवरण इस प्रपत्र में चर्चित है, उसे "कोशिका" सम्यक् न्यासी, राज, साक्षर/या दुर्गम वर्णश्रेणी से जुड़ी प्रतिनिधित्व और उपनिमित्तों को लिखे किसी भी प्रकार सभ्यता में प्रवर्तित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण में शुद्ध के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।

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.

1) यह कि न तो बर्तमान और न ही भविष्य में स्थित्य साक्षात् किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से उक्त रंगीन्यापन में लेने या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निगरानि/वित्त उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मर देतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्षात् वित्त व्यय/सफल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धुति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उक्त रंगीन्यापन हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

को लोगो और "कोरिक्का" को कोई भुजिका या बिम्बेपारी इस नामने में नहीं होगी।

12/4/24

डाक्टर का नाम व इलाका व राज. नं.

SANKAR नेमा चं पद हस्यतल अधिकत मणिकरी

आन्तरिक उपयोग हेतु

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यासी इत्यादि २