

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवा)

APPLICATION NO.: W/042A/0107

APPLICATION DATE: 22.04.24
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: LAZINA KHATOON
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
जिता/स्त्री का नाम

MD OHAB

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बाजार अधिकारी पाल
DEHRADUN, KOTRAKA

700013, WEST BENGAL.
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वयं अधिकारी पाल

AS ABOVE.

OCCUPATION:
जबरदस्ती

HOUSEWIFE

MARRIED (जिवालि) / UNMARRIED (अजिवालि)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

4000 X 12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का सापेक्ष संलग्न)

PAN No. एपीएन संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मम्प आप व्हाट कर रहा है (जो मान्य हो उसके लिए आपका विवरण लाइट)

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 के साथ सम्बन्ध
1.	LATINA KHATOON	54	F	SISTER
2.	MD OHAB	63		HUSBAND
3.	MD TOFQI	87	M	SON
4.	MD FARVEED	23	M	SON
5.	MD ISRAK	28	M	SON
6.	MD SONU	12	M	SON

BASE for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवाही विवर

BPL Card (Attach Card Copy) भरीदी रेखा के भीतर प्रवाल यात्रा (इमान यात्रा की जाता गई संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लागू जाते होने वाले यात्रा (इमान यात्रा की जाता गई संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उत्तराखण्ड कार्ड (इमान यात्रा की जाता गई संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साथ
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु चिन्ह नाम विवाही वाले विवरण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मर्मवात/डॉक्टर से जारी की गई विवाही वाले संलग्न
	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
	SURGERY — RE (ICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता दियी गयी अन्य व्यक्ति से लिया गया था?

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



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक यांचा संक्षिप्त प्रतीक

AGREEMENT by APPLICANT (Sign or Print)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्रयोग पर अन्वेषण की ताकत लानकारा, ये (व्हॉर्कर) अपनी महानी की गुणित करता है एवं "कॉमिटिया फारमैंसीज मीट डल्स न्यूजीलैंड" को जाखिलू करता है कि ये आप चाहे, या, बोले और क्या विकल्प इस प्रयोग में दर्शाया है, उसे "कॉमिटिया" एवं नामी, यह, वाक्यात्मक दृष्टि उद्देश्य से दुर्भी विविधियों वाले उपलब्धियों एवं सिर्फ विभिन्न भी प्रसार नाम्य में प्रत्यक्षित करने के लिए व्याख्यात है। मेरे आप या विकल्प में इसका को चाहे या नहीं, ये अन्वेषण से लिये "कॉमिटिया फारमैंसीज" एवं ज्ञाते गयाहैं हैं।

2.) ये (व्हॉर्कर) इस घटना से महान है कि ये यार, याता, बोले और विकल्प जो कि महानाथ के लैटर्ससे से दर्शाया है युक्त स्पष्ट; लालामार या एकलामार यही महानाथ। इस सम्बन्ध में "कॉमिटिया" एवं उसके व्याख्यातीय का लिये उत्तिष्ठ और व्याख्यातीय रोक।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

प्राप्ति के लिए उनका समर्थन



AGREEMENT by HOSPITAL (initials or name)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.

इसी अवधि तक यात्री को जो संतोषित हो "यहाँ आया", वह दूसरे बार नहीं आया।

३. "कोलंबिका फारमनेंस" में तीन गई सम्पादन कंपनी नियुक्ति की है: तीर्थी वा हम्माताल हुच वी गई सम्पादन वा फिरं गंगे दम्भार/ज़िक्रिय वा सुखाल एवं एक हम्माताल वा जोर वा चिप्पद है और "कोलंबिका फारमनेंस" द्वारा किसी प्रधार वा कोई चलन नहीं है। हम्माताल में तीर्थी वा हम्माताल सुखाल वीर वहने जाने वाले वारे चिम्बेहारे तीर्थी एवं हम्माताल की हाँगी वीर "कोलंबिका" की खाली परिवारा वा नियंत्रणीय एवं वाली हैं तभी तीर्थी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery बीमारी की तिथि	<i>Dr. Sankalp Das</i>	<i>OPTION AVAILED DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) <i>SANKALP DAS</i> काम करने वाले अधिकारी का नाम
<i>9/6/21</i>		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

प्राचीन भाषा शब्द

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी विजय

Eugen

SIGNATURE of TRUSTEE 2

二〇〇〇年

Scrub