

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता फॉर्म आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: ५/०९२४/०१०९
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 22.04.24

NAME of APPLICANT : मालेक का नाम MD. MUMTAZ

SE-YEARS वार्षि-वर्ष SEX सेक्स

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

MD. MUSTAK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS _____

RATA RAM MOHAN STRAN
S.O. KOLKATA-700009
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : पर्सनल रिजेंसी अड्रेस :

—
—

OCCUPATION:

FARMER

MARRIED (check) / UNMARRIED (check)

TOTAL ANNUAL INCOME:

~~1-178~~ x 13 = 148-620

(Attach Proof of Income)

PAN No. 20070000000000

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

Yes / No

FAMILY DETAILS

| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years) वय (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|--------------------------|----------------|---|
| 1. | Mrs. MOHITA | 30 | M | SELF |
| 2. | MUHAMMAD AAMIR | 50 | M | SON |
| 3. | MUHYA Z ALAM | 45 | M | SON |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

| BPL Card (Attach Card/ Copy) गरीबी रोका के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सभी प्रति संलग्न कठोर) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वर्तमान वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सभी साथी प्रति संलग्न कठोर) | Ration Card (Attach Copy) ठापसंख्या प्राप्ति (प्रमाण पत्र को जगा सही संलग्न कठोर) | Any Other Basis/Proof अन्य कठोर साक्ष |
|---|---|--|---|
|---|---|--|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

मात्रामत्ता है ये किये गये बिनारी वा उदाहरणः

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आयी कोई गई प्रतिवेदन नहीं सहेज़ |
|------------------------|---|
| | |

DIAGNOSIS - CATARACT - R

SURGERY - RE (SIC SFTOL)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

| Sr. No. अमंत्र संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता रक्षी |
|--------------------------|---|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: मार्गदर्शक द्वारा घोषणा करते हुए

- 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.
 - 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.
 - 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 पोषण कारक हूँ जिस त्रपति में दिए गए पर्याप्त विकल्प में सहमती है कानूनीक साधन द्वारा उपलब्ध है। और, पोषण विकल्प पर्याप्त तारीख पालन करना चाहता है तो मेरी व्याहारिक नियम को भी बदलती है।

2) मेरे द्वारा जो व्याहारिक ढांचा "ड्रॉपिंग ड्राइव-ऑफ", में जीव वाली है, उसका उपयोग उपर्युक्त की पूर्णता के लिए किया जाना चाहिए, जो इस त्रपति में आवश्यक है।

3) मैं दूषित व्यक्ति हूँ जिस व्याहारिक ड्रेटर पर व्याहारिक को जानता हूँ, उस तरह का व्याहारिक व्यक्ति अपनी व्याहारिक ड्रेटर को बदलनी में कठोर सिफारिश की जाएगी ताकि व्याहारिक व्यक्ति व्याहारिक ड्रेटर को बदलनी में कठोर सिफारिश की जाएगी।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or signature)

- 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 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 पर्याप्त या अंगठी को लाप लगाकर, मैं (वारेंट) अपनी सहमति को पुष्ट करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसकी न्यासों" को अधिकृत करता हूँ कि मैं नाम, पता, और वीर के विवर इस पर्याप्त में दर्शाता हूँ, जहाँ "कोशिका" प्रबन्ध न्यासी, दान, वाचनाक दूलों उपरोक्त में जुड़ी परिस्थितियों और उपलब्धियों के लिये विनाशी पौर ग्राहक यात्राएँ में प्रयोगित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्रयाप या विवर में इसका को खलौना का बदल नहीं करता क्योंकि यह विवरण अधिकृत है।

2) मैं (वारेंट) इस कान से सहमत हूँ कि मैंने नाम, पता, और वीर विवरण जो कि मानवत के उद्दीपनों से प्राप्त है पूरी भवतः सहायता का इकायर नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रबन्ध उसके न्यासियों का नियंत्रण नहीं और वाचनाकी सेवा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

संस्कृत के विषयक ग्रन्थों का संग्रह



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.

- १) यह कि न तो कीर्तन और न भी चित्र में प्रतिष्ठित चालाक चित्रों ने सकारी संस्थाएँ या किसी अन्य स्थान से नक्शे गोपीगढ़ोंमें होंगे या नहीं हैं, ऐसे कि इनमें "कोरिका चालाक-देवी" ने जिक्रिया/विनियोग उक्त के बायमें "कोरिका चालाक-देवी" द्वारा बदल देया कि है। और "कोरिका चालाक-देवी" द्वारा चालाक चित्रित भवित्व/स्थल होने पर्यु नहीं किया जाता है तो अपनामा किसी अन्य या सकारी संस्थाएँ या किसी अन्य चालाक देवी का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस चूटि में बदल दक्षा जाता है कि अपनामा द्वितीय बदल उक्त ऐसी चित्रोंसे होने कियो जब्तक साधन से नहीं लेगा/लेरी।

२) "कोरिका चालाक-देवी" में तो पहले साहाय्य कंपन चित्रित प्रकृति की है। येरी या हालाया द्वारा यीं पहले साहाय्य या चित्र गये उपराय/उपरिया का चुनौत्य रोगों पर हमस्ता के बोन या चिपक है और "कोरिका चालाक-देवी" द्वारा किसी बदल का कोई बच्चा नहीं है। इसीलिये इम्प्रेसन में येरी के साथ सुखा और आमं जड़े भी पारी चिक्कोंसे येरी या हालाया की होंगी और "कोरिका" की भी पहले स्थिति या दिव्यांशु या अन्यांशु येरी नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिए अंतर्भुक्त

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Date of Surgery शोर्जेतार की तिथि | <i>Dr. Sankar Das</i> M.B.B.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ठाकुर का नगर ब.हसनामा म. संख. ३ | <i>OPTIONAL SIGNATURE</i> <i>Sankar Das</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory SANKARA DAS गांव व पर्याप्तता अधिकारी on behalf of Hospital) |
|--------------------------------------|--|--|

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

प्राचीन अमेरिका

SIGNATURE of TRUSTEE 1

NATURE OF TRU

Schweig

SIGNATURE OF TRUSTEE 2

NATURE OF TAD

• 相關資訊

18

七