

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सेवानाल)

APPLICATION No.: K/0524/0126
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 01/05/24
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT: KETAB ALI SHEKH
आवेदक का नामAGE-YEARS वय-वर्ष: 59
SEX लिंग: MFATHER/HUSBAND'S NAME: LALMIYA SHEKH
पिता/पति का नामPRESENT RESIDENCE ADDRESS: बाँध ज़िले का
BEMISHPUR, RODHANAGAR ABHIRAMPUR,

NORTH 24 PARGANAS 743502 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी बाँध ज़िले का

— AS ABOVE —



Koshika
foundation
Building Block of Life.


OCCUPATION: व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME: कृषि वार्षिक व्यवसाय

6000X12 = ₹72,000/-

(Attach Proof of Income)
(व्यवसाय का सहाय संदर्भ)

PAN No. स्वास्थ्य संख्या संकेत

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
एवं जाप जाप कर चाहे है (जो मान्य हो उस वाली का नियमन संबंधी)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार की संरचना

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.	KETAB ALI SHEKH	59	M	SELF
2.	ROMICIA 12/12/21	51	F	WIFE
3.	SK AMRITA	29	M	SON
4.	ROHINA 12/12/21	23	F	DAUGHTER
5.	RATIYA 12/12/21	19	F	DAUGHTER
6.	NARGIS PARVEEN	16	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए नियमित अधार

BPL Card (Attach Card Copy) भविष्यती रेखा के नीचे प्राप्त वाप्त (प्राप्त वाप्त की साथ छोटी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) व्याप व्याप कर्ता प्राप्त वाप्त (प्राप्त वाप्त की साथ छोटी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्राप्त वाप्त की साथ छोटी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof सहायता के अधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिये जाने वाली कारण व्यापार:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दैवित से लाई जाई गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for BASE "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उपरोक्त के द्वारा दोई अन्य स्रोत से लिया जाता है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली जानी वाली राशि

DECLARATION by APPLICANT: मानेदार द्वारा संकेत करें।

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 प्रोबलम करता हूं कि इस अप्लान में दिये गये उद्देश्य के लिए उपलब्ध जगह यह चाही है। भले ही ऐसे विकल्प नहीं बहुत कम हैं जो ऐसी उपलब्ध सेवाओं की बात है।
- 2) मैं द्वारा जो गठनात्मक संगठन "कोशिका यात्रावृद्धिकरण", में जीव वह था है, उसका उद्देश्य उभे उद्देश्य की तुलना में लगभग अधिक अवृद्धि करने के लिए विकल्प बनाया, जो इस अप्लान में बढ़ा जाता है।
- 3) मैं यूटिट करता हूं कि विकल्प आवश्यक होने वाले उद्देश्य की तुलना में, उस समीक्षा वाले उद्देश्य के बाद उपलब्ध सेवाओं से उपर्युक्त है और वही उपलब्ध सेवाओं में सुनिए।

AGREEMENT by APPLICANT: (ग्राहक द्वारा करार)

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 अप्लान पर अपने उपलब्ध जगह की जाव जाकर, मैं (ग्राहक) अपनी जावाती जी यूटिट करता हूं कि "कोशिका यात्रावृद्धिकरण वाली उपलब्ध सेवाओं वाली" वही उपलब्ध करता हूं कि मेरा नाम, पोर्ट्रेट और जो विवरण इस अप्लान में दिया गया है, उसके "कोशिका" एवं नामी, नाम, वास्तविक रूपी उद्देश्य में यूटिट गठितिवाली उभे उपलब्धियों के लिए दियी गई उपलब्ध प्रक्रिया वाले अवलोकित करने के लिए उपलब्ध है। मेरे उद्देश्य का विवरण यह उद्देश्य की तुलना में बढ़ाव देता है।
- 2) मैं (ग्राहक) इस चार से जावाता हूं कि मेरा नाम, जावा, जोर्डों और विवरण के लिए जावाता है उपलब्ध के उद्देश्य में यूटिट होता है और उपलब्ध जगह जावा उपलब्ध सेवा उपलब्ध है। "कोशिका" एवं उपर्युक्त उपलब्धियों का विवरण जीवित वाली उपलब्धियों का विवरण होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ग्राहक के उपलब्ध जगह का अंगूठे का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (उपलब्ध द्वारा करार)

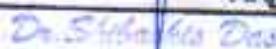
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 अविष्ये, उपलब्धी की जाव से जावाती जी "कोशिका यात्रावृद्धिकरण" से दिया गया उपलब्ध होने वाली है, जिसे एम (उपलब्ध) निम्न प्रकार जो जाव वाली उपलब्ध करती है।

- 1) यह जिस जो उपलब्ध वाली वही उपलब्ध जिसमें जावाती जी उपलब्ध जगह यह उपलब्ध जगह से जावा उपलब्धियों में से होने वाले वह उपलब्ध है, जो इसी "कोशिका यात्रावृद्धिकरण" से उपलब्धियों वाले उपलब्ध के समान में "कोशिका यात्रावृद्धिकरण" द्वारा उपलब्ध होता है। भले ही "कोशिका यात्रावृद्धिकरण" द्वारा उपलब्ध जावाती जी उपलब्ध जगह यह उपलब्ध जगह से जावाती जी उपलब्ध जगह से जावाती जी उपलब्ध होता है। इस यूटिट में उपलब्ध जगह यह है कि जावाती जी उपलब्ध जगह के उपलब्ध जगह से जावाती जी उपलब्ध होता है।
2. "कोशिका यात्रावृद्धिकरण" से स्थानीय सहायता कंसल्टेंट नियमित प्रदूषी की हो देनी वाली उपलब्ध जगह यह जावाती जी उपलब्ध जगह के उपलब्ध जगह से जावाती जी उपलब्ध होता है। यह नियमी उपलब्ध जगह यह उपलब्ध जगह होता है। इसीलिये उपलब्ध जगह में दियी गई उपलब्ध जगह यह जगह यह उपलब्ध जगह से जावाती जी उपलब्ध होता है। यही होनी वाली "कोशिका" की उपलब्ध जीवित वाली उपलब्धियों की जावाती जी उपलब्ध होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संचालकों के लिए उपलब्धि


Dr. E. Regn, M.D.

M.B.B.S -
Sankara Jayaram
(Name of Dr. E. Regn, No. with Stamp)
काल्पनिक वाली उपलब्धि द्वारा दिया गया।


OPTIONAL STAMP FOR D.A.O.

SANKARA JAYARAM
D.A.O. OF SANKARA JAYARAM
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व वाली उपलब्ध उपलब्धियों की जावाती जी उपलब्ध होता है।

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION जावाती जी उपलब्धि द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी उपलब्धि 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी उपलब्धि 2

