

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	K/0524/0185	APPLICATION DATE आवेदन मिति:	14/05/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	SULTANA BEGUM	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	56	
		SEX लिंग:	F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	MD. JAHANGIR			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती का वास स्थान: 13, POKTOPARA LANE, NARKELDANGA, KOLKATA 700011, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वास स्थान: — AS ABOVE —				
OCCUPATION: जॉब संबंधी:	HOUSE WIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष प्रमाण)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	4500X12 = 54,000/-			
PAN No. स्थायी जब्त संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): क्या आप जब्त कर रहे हैं? (जो वाच्य हो उनमें से कौन सा निश्चय लगायें)				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के अन्दर का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	SULTANA BEGUM	56	F	SELF
2.	MD. JAHANGIR	62	M	HUSBAND
3.	MD. PAPPU	27	M	SON
4.	MD. SADDAD	24	M	SON
5.	MD. SAHABUDDIN	20	M	SON
BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) सरकारी रेखा की नींव प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को इसका प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्थायी जाति प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को इसका प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता जाति (प्रमाण पत्र को इसका प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड जाति	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता के लिए विवरित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आई वाले दस्तावेज़ सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता प्रमाण		

**DECLARATION by APPLICANT :** जापान का लाभ करा

- 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 प्राप्त करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण यही बाबकारी के अनुसार समर्पित हैं। किंतु यहाँ विवरण का क्षेत्र जलवा यात्रा है जो यही गद्दाहा विवरण की बाबकारी है।  
 2. मैं इस का अधिकारी हूँ "कोशिका यात्रावान" में जो का तो है। इसका उपयोग इसे उदासी की तुलना के बाहर बिल्कुल नहीं। यह उपयोग में आवश्यक नहीं।  
 3. मैं युवा यात्रा हूँ कि यह यात्राका दृष्टिकोण सभी विवरण विवरण के बाहर बिल्कुल नहीं। यह यात्रा में यही बाबकारी है।

**AGREEMENT by APPLICANT :** जापान का लाभ

- 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 in my, automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting/entitling continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and不可更改.
1. इस फॉर्म का प्रयोग हासिल करने वाले की ओर यात्राका विवरण अपने बाबकारी की युवा यात्रा हूँ कि "जापान का लाभ" विवरण की अधिकारी यात्रा हूँ कि यही बाबकारी की ओर यात्रा है। यही अधिकारी का नाम, जाति, जीवन और जीवन की विवरण हूँ। इसे यात्रा में बताया है, उसे "कोशिका" एवं जाति, जीवन, बाबकारी इसी बाबकारी ने जुटी। विवरण की अपनी अधिकारी की विवरण की ओर यात्रा है। प्रत्येक काने के सिर, अधिकारी है। यही प्रत्येक का विवरण है। इसका नहीं कोई यात्रा में बताये जाना चाहिए कि यह यात्रा का उदासी की बाबकारी है।  
 2. मैं (यात्रक) इस यात्रा में यात्रा हूँ कि यह यात्रा युवा यात्रा और विवरण के बाहर बिल्कुल नहीं। यात्रा का उदासी की बाबकारी है। इस यात्रा में यात्रा का उदासी की बाबकारी है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

संवेदक का हासिल का लाभ का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL :** जापान का लाभ

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 the 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारी अधिकारी, हासिल की जाने से मालूम होने के "कोशिका यात्रावान" के विवरण यात्रा की यात्रा है। यहाँ तक, (हासिल), यिह उपयोग से यात्रा का अधिकारी करते हैं।

1. यह कि हमें यात्रा की यात्रा में विवरण यात्रावान विवरण की बाबकारी यात्रावान का विवरण अपने जीवन में यात्रा यात्रावानों में बोले यह तो है, विवरण कि हमारे "कोशिका यात्रावान" में विवरण विवरण उक्त की यात्रा में "कोशिका यात्रावान" हासिल है। यह "कोशिका यात्रावान" हासिल विवरण अधिकारी का यात्रा है। यह यात्रा की यात्रा है।

2. "कोशिका यात्रावान" में हमें यात्रा यात्रावान विवरण द्यती है। हमें यह हासिल हुआ है कि मालूम होने का यात्रा यात्रावान की यात्रा है। और "कोशिका यात्रावान" हासिल विवरण का यात्रा यात्रावान है। यह यात्रा यात्रावान में यात्रा यात्रावान की यात्रा है। यह यात्रा यात्रावान की यात्रा है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संकेतिः

Date of Surgery अंगीकार की तारीख <i>14/05/22</i>	Dr. S. Sankar Das M.B.B.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हासिल का नाम व हासिल का संख्या	OPTION AVAILABILITY DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory कानूनी विवरण के लिए हासिल का नाम व हासिल का संख्या
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

लाभिक व्यक्ति हैं

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हासिल	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हासिल 2
<i>S. Sankar Das</i>	<i>S. Sankar Das</i>