

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
**सहायता फॉर्म आवेदन प्रारूप**

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य इंद्रियाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/0524/0242	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	25/5/24
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	MD SULFMAN	AGE-YEARS वय-वर्ष	SEX लिंग
		54	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम	MD. NIZAMUDDIN		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अपासीय पता			
3 NO. JAH NAGAR ROAD, CIRCUS AVENUE,			
KOLKATA 700017 WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : राष्ट्रीय अपासीय पता			
<u>— AS ABOVE —</u>			



OCCUPATION : CONTRACT LABOUR

**TOTAL ANNUAL INCOME :** 6000 x 12 = Rs. 72,000/-

Digitized by srujanika@gmail.com

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

कमा जाए वहां कह दाता है ( जो मान छा उस पर खड़ी या निराम लगाये )

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गैरिमो रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र नीचे संलग्न करें)	व्यक्ति वापर घर्षन प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जापा तृतीय संलग्न करें)	उपचालका कार्ड (प्रमाण पत्र को जापा तृतीय संलग्न करें)	अन्य कोई संलग्न

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

Sr. No. क्रम संख्या	<p style="text-align: center;">Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टॉक्सिर से जरी को नई प्रतिवेदन मूली संहारण</p>
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — LE</u>
2.	<u>SURGERY — LE (STICS + IOL)</u>

**ASSISTANCE BEING AWAITED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य स्रोताना किसी अन्य सहायता की विधि गति है?

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पेलेंट द्वारा केत्रकरण 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म पर दिए गये विवरण वेर्टी वास्तवी हैं - ममुका यह सब सही है। भले ही घोषणा करने वाला यह है कि मैं घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं, तो वही कहा जाना चाहिए है कि मैं घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं, यह यहाँ तक कि घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं।
  - 2) मैं द्वारा यह कहा जाना चाहिए है कि मैं घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं, यह यहाँ तक कि घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं।
  - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं, यह यहाँ तक कि घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्पेलेंट द्वारा करा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 confirming the said assistance. The decision for granting and/or confirming 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 फॉर्म पर अपने छापाका या घोषणे की तरफ लगाकर, मैं (अप्पेलेंट) अपनी वास्तवी है कि "घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं" को अधिकृत घोषणा हूँ कि मैं घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं, यह "घोषणा" शब्द नहीं, यह, वाक्यात् घोषणे की व्यापक वेर्टी वास्तवी हैं जो घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं और वाक्यात् घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस फॉर्म पर अपने घोषणे की विवरण वेर्टी वास्तवी हैं कि घोषणा की व्यापक वेर्टी वास्तवी हैं और घोषणा की विवरण वेर्टी वास्तवी हैं।

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

अप्पेलेंट के हाथाकार पर अंगूष्ठे का निपात

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हास्पित द्वारा करा)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

मैं घोषणा करता हूँ कि मैं घोषणा की वास्तवी है कि "घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं" को अधिकृत घोषणा हूँ कि मैं घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं, यह "घोषणा" शब्द नहीं, यह, वाक्यात् घोषणे की व्यापक वेर्टी वास्तवी हैं जो घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं और वाक्यात् घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं।

- 1) यह कि वह वेर्टी वास्तवी हैं यह वेर्टी वास्तवी हैं, यह "घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं" को अधिकृत घोषणा हूँ कि मैं घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं। यह "घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं" को अधिकृत घोषणा हूँ कि मैं घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं।
2. "घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं" को घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं। यह वेर्टी वास्तवी है कि मैं घोषणा करने के लिए विवरण वेर्टी वास्तवी हैं।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
संस्थान के लिए संलग्न

Date of Surgery अंतिम की डिनर	Dr. S. Seelvaran M.B.B.S M.E.B.S. M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Surgeon No. with Stamp) अस्पताल का नाम व उपाधि व सं. न.	OPTIONAL APPROVALS अन्य संलग्न के लिए संलग्न
		Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory SANKARA JAYARAM INSTITUTE नाम व पद संलग्न के लिए संलग्न

**FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION** बहुमत लाभ के लिए

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
नामी संकारण 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
नामी संकारण 2