

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.  
आवेदन संख्या :

11/06/25/0527

APPLICATION DATE  
आवेदन तिथि : 17/06/25

NAME of APPLICANT : SAHIDA KHATOON  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वय-वर्ष : 50 SEX लिंग : F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : कामगार आवासीय पता  
313A NARKEL DANGA MAJUROAD - 700011 WESTBENG  
AL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वाइ आवासीय पता  
AS-ABOVE

OCCUPATION : UNEMPLOYED  
अवसाय

MARRIED (मिश्वित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 8000 x 12 = 96,000/-  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष चलान)

PAN No. स्पष्टी लागत संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान तो उस पर मटी का निशान लगायें)

Yes / No  
हाँ / नहीं

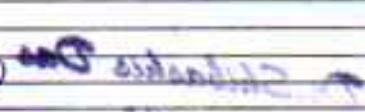
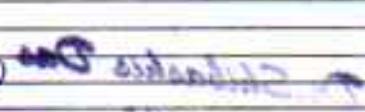
FAMILY DETAILS परिवार विवरण

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	SAHIDA KHATOON	50	F	SELF
②	MD SAKFARAZ	50	M	SON
③	MD ABDODIN	48	M	SON
④	SABINA PARVEEN	46	F	DAUGHTER
⑤	SABNAM PARVEEN	45	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
महाला के लिए विनियोगी आधार

EPL Card (Attach Card Copy) पर्याप्ती रेता के जीवे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत अंत में चलान जाए)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्थ आव लंग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत अंत में चलान जाए)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत अंत में चलान जाए)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
महाला हेतु किये गए विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached बायोपायासिकर से जारी की गई प्रतिशेष मुख्य लिंगान
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (CLE) Surgery - I.E (SICS + IOL)  Date: 11/06/2023 Time: 10:00 AM Attended by Dr. B. M. Datta Report on pg 9
2.	SURGERY - I.E (SICS + IOL)  Date: 11/06/2023 Time: 10:00 AM Attended by Dr. B. M. Datta Report on pg 9

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महाला किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED शी गई महाला राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** લાયેન્ડ ડ્રાગ પીથળા ચાં

- 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 Kashika 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 योग्यता करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गए सभी विवरण में सही जागतिकी के अनुसार सत्य रखा जाता है। सही कोई विवरण एवं कालय असत्य पाया जाता है तो मेरी योग्यता निरसा को ले जाकरी है।

2) मेरे हाथ द्वारा जाहाज का नाम "काशिका फारान्टोजर", मेरी जानकारी उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये विचार जायेगा, जो इस प्राप्ति में दिया गया है।

3) मैं पूरी तरह हूँ कि योग्यता हासिल हुए पायाधन की गई है, उस तरीके का विवरण यह सबसे जिसमें किसी अन्य योग्यपात्रोंवाले बीमा कालीन में न रह सकता है और वह ही परिवर्तन में भीगता।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा कराये)

- 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 agrees 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 प्रपत्र पर ज्ञाने हक्काता मर्यादित की लाग राखाकर, मैं (अधिकारी) अपनी महानीति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका चालडेसन और उमसीयों" को अधिकृत करता हूँ कि ये काम, प्रकृति और जो विश्वास इस प्रपत्र में साझित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दृन, वचनात्मक दूसरे वर्णनय से नुस्खा गतिविधियों और उपलब्धियों के तुल्य किसी भी प्राप्तार वाप्त्यम से प्रभासित करते के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण ये हैं कि यहां पर्याप्त के बाद मेरे करने के लिए "कोशिका चालडेसन" का नामी लाभेष्यकृत है।

2.) मैं (अधिकारी) इस बात से समझता हूँ कि ये काम, प्रकृति और विश्वास के के लिए महानाथ के उद्देश्यों से प्रतिष्ठित हैं युग्म प्रकृति, महानाथ का हक्काता यही बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्राप्त ज्ञाने व्यापक एवं मिशन अधिकृत और अध्यक्षकृती होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

其餘的則是從前的



AGREEMENT by HOSPITAL (क्षमता देने का)

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.

हमारी अधिकतर इमायरी की जैसे ही मामलों/दस्तों को "कानूनिक प्रबन्धन-दर्शक" में विस्तृत महापाला हीरे विवरित की जाती है। जिसे हम (हालतात) नियम प्रकार से माना जा सकता है।

- 1.) यह कि ५ ले चर्चाएँ और २ ही भविष्य में वित्तिय महापत्र कियो गये भवकारी संसदन या कियो अन्य बोर्ड द्वारा देख लेंगे या तो यह है, जैसे कि हमने "कांगड़ा फाउन्डेशन" से वित्तिय विवेद उपल के सम्बन्ध में "कांगड़ा फाउन्डेशन" द्वारा मरक देते हैं। यह "कांगड़ा फाउन्डेशन" द्वारा वित्तिय विवेद उपल के सम्बन्ध में यह है कि इसका जात है तो अध्ययन कियो जान या जाकारी संसद्य या कियो जान संसदान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्च रखता है। इस पृष्ठ में सब कहा जाता है कि अस्तवाल द्वितीय चरण बतल गयी यहां से हुए कियो गये चर्चाएँ संसद्य या कियो अन्य मामले पर नहीं संणित होंगी।
  - 2.) "कांगड़ा फाउन्डेशन" से भी यह सहायता कंफर्म वित्तिय प्रकृति होती है: योगी जा. हस्तवाल द्वारा दी गई संसद्य या कियो गये उपल के ज्ञान योगी एवं हस्तवाल के बीच का विवाह है और "कांगड़ा फाउन्डेशन" द्वारा कियो जाने का जो दरवाज़ा नहीं है। इसलिये हस्तवाल में योगी के ज्ञान सुन्धा और अनें बातें जो सभी विषयोंहीं योगी एवं हस्तवाल भी जानते हैं। "कांगड़ा फाउन्डेशन" जो योगी वित्तिय विवेद उपल के में आती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

**Dr. Shibachis Das** Recommended for Acceptance  
कृति के लिए संस्थापित

Optom Avijit Das

### **Senior Program Officer**

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
**Sankara Jyoti Eye Institute**  
on behalf of Hospital)

नाम व पद (प्रधान सचिव अधिकारी)

Date of Surgery बीमारी की तिथि <u>17/06/95</u>	<i>Dr. Shashi</i> M.B.B.S M.S Gold Medalist Reg no. 71036 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दृष्टकर्ता का नाम व हस्ताक्षर चाहिए यह	Optom Avneesh Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Sankalp Jyoti Eye Institute on behalf of Hospital) नाम व पद अधिकारी जोखिमा अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनलिंक उपयोग है

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

Digitized by srujanika@gmail.com

Sefaraz

*link*