

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राकृत

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0724/0403
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE 05.07.24
आवेदन तिथि

Koshika
foundation
Building block of life.

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम PIYARA BIBI

AGE-YEARS: 56 वर्ष
आयु-वर्ष

SEX: F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती जलवायद जा
MUSKHM NATURIA, RUDRAPUR, NORTH 24
PARGANAS 743401, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती जलवायद जा

— AS ABOVE —

OCCUPATION: TEA SELLER

MARRIED (जिवाजित) / UNMARRIED (अजिवाजित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000 x 12 = 36,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्पार्ट छात्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
अग्र आय अकाउंट में दर्शाया गया है (जो मात्र ही उस पर सही का विवरण लगाये)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	PIYARA BIBI	56	F	SELF
2.	MOTALEB MONDAL	53	M	HUSBAND
3.	MOKADEB MONDAL	23	M	SON
4.	MOKAMMEL MONDAL	24	M	SON
5.	SELTMA ISTIQL	28	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गोदी रेत के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की कृति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्य साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे गम्भीर विवरी का उपरोक्त

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached बम्बल/डॉक्टर से जारी की गई इलिङ्गेन नूची चिकित्सा
	DIAGNOSIS — CATARACT — RE

SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियी जानी चाही तो लिख दें।

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य साहाय्य का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: नामक दस्तावेज़ का।

- 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं बाबत का हूं कि इस प्राप्ति मेरे द्वारा लिया गयी समझौती को अनुसार सभ्य एवं गठी है: जहाँ जोर लिया गया उपलब्ध सम्भव था है तो यह गहनता लिया गयी है।
- 2) मैं इस दस्तावेज़ की "कोशिका फाउण्डेशन", मेरी जाती है, इसका सम्बन्ध इसी दस्तावेज़ की पूरी तरह लिया जायगा, जो इस प्राप्ति मेरी जाती है।
- 3) मैं यूंदि आगे हूं कि यह विवरण सहु एवं प्राप्ति की यहूं है: उमेर तकि मेरी जाती है, इसका लिया गया उपलब्ध सम्भवी मेरी जाती है जो न हो गहनता लिया गयी है।

AGREEMENT by APPLICANT: (उपरका दस्तावेज़ का)

- 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 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.

- 3) इस दस्तावेज़ का अंतिम दस्तावेज़ जो आरोपित की गयी जाता है मेरे "कोशिका फाउण्डेशन" और उपरका दस्तावेज़ का है। यह दस्तावेज़ और यह लिया गया उपलब्ध सम्भव मेरी जाती है, जो "कोशिका" एवं याची, दस्तावेज़ द्वारा उपलब्ध की गयी जाती है जो लिया गया उपलब्ध सम्भव है।
- 4) मेरी जाती है कि यह दस्तावेज़ की जाती है: यह दस्तावेज़ के बारे में कहने की लिया "कोशिका फाउण्डेशन" की जाती है।
- 5) मेरी जाती है कि यह दस्तावेज़ की जाती है: यह दस्तावेज़ के बारे में कहने की लिया "कोशिका फाउण्डेशन" की जाती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकारी के दस्तावेज़ का अनुच्छेद का लिया गया



AGREEMENT by HOSPITAL: (उपरका दस्तावेज़ 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 its 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 account side & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इनमें लियकृत, इसका की जाता है मेरी जाती है कि "कोशिका फाउण्डेशन" की लिया गया उपलब्ध सम्भव यहूं लिया गया को बढ़ावा दिया जाता है, जिसे मेरा (हस्तावेज़) नियम उपलब्ध है जो यहाँ का लिया गया उपलब्ध करता है।

- 1) यह कि न कोई संतोष और न कोई विषय में लिया गया उपलब्ध किया जाता है जो यहाँ का लिया गया उपलब्ध करता है, जिसे मेरी "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान होता है। यह "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा लिया गया उपलब्ध करता है जो यहाँ का लिया गया उपलब्ध करता है, जिसे मेरी जाती है। यह लिया गया उपलब्ध करता है, जिसे मेरी जाती है।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" में से कोई सहायता नहीं की जाती है। यहाँ का लिया गया उपलब्ध करता है, जिसे मेरी जाती है। यहाँ का लिया गया उपलब्ध करता है, जिसे मेरी जाती है।

- 3) "कोशिका फाउण्डेशन" में कोई सहायता नहीं की जाती है। यहाँ का लिया गया उपलब्ध करता है, जिसे मेरी जाती है। यहाँ का लिया गया उपलब्ध करता है, जिसे मेरी जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृती के लिए भेदभाव

Dr. S. S. Doshi

M.B.B.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
इस्टर्न इंडियन नियम व नियमन, वर्ष ३

07/07/2024
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
or Doctor of Hospital
SANTINARAYAN EYE INSTITUTE

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी दस्तावेज़ 1

S. S. Doshi

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी दस्तावेज़ 2

S. S. Doshi