

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1125/177

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/11/2025

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SEKH MEMURA BEGUM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

51

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

MAHABAT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

KATIPARI, ULUBERIA, HOWRAH - 700012, WEST

BENGALI

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

BEAUTICIAN

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

9000 X 2 = 36,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

हां / 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 सम्बंध
1.	SEKH MEMURA BEGUM	51	F	SELF
2.	SEKH MAHABAT	60	M	HUSBAND
3.	SEKH RAMIN	20	M	SON
4.	SEKH NURULAM	26	M	SON
5.	SEKH ALAM	19	M	SON
6.	SEKH MARIYAM	14	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (RE)
2.	SURGERY - RETICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु 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 AVAILED ली गई सहायता राशी

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक द्वारा करार)**

- 2) मैं (आवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, ज़ोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे ज्ञात; सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" इसमें उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

અવેશના બે દમ્પાશ્વર પા અંગુલે જા નિશાન



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराया)

2. "कोशिका पाठ-प्रेरणा" से ली गई संरचना केवल विविध प्रकृति की है। रंगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई संरचना या किये गये उपाय/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका पाठ-प्रेरणा" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रंगी को इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रंगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक या जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होगी।

स्त्रीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/1/2025	Dr. Shweta Das Diprizer (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Optom Ansh Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व र हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	