

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. : 1223/0929 APPLICATION DATE : 05/12/23
आवेदन संख्या : आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : SALEHA BEGAM AGE-YEARS : 57 SEX : F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंगFATHER'S/SPOUSE'S NAME : SK SAHABADDIN
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

PAUCH LA FIAORA WEST BENGAL-711322

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

SAME-AS-ABOVE

OCCUPATION : Small Industry worker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 3000x12 = 36000 ₹
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. : नहीं प्राप्त

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं? (जो मान्य हो उसे 'X' का चिह्न लगा दें)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	SALEHA BEGAM	57	F	SELF
2	SK SHAHAB ALI	36	M	SON
3	SK SADRUL ISLAM	32	M	SON
4	SK SARAFAT ALI	25	M	SON
5	SARAFATUNNESSA	24	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिए विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महंगाई रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु और आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे कौन से विनियम का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY - LE (STES + TOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कौन से अन्य सहायता विनियम अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी महापदा निस्स को वास करनी है।

2) मेरी द्वारा जो महापदा राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग एसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस महापदा हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त हितवा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही अधिक में लूना।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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.

1) इस उपन्यास पर अपने बाल्यकाल या अंगरेजी की छात्र सप्ताहिक, मैं (आमेयक) अपनी सहपाठी की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलेज काउन्सिल और डेम्बल प्रेस" को अधिकृत करता हूँ कि यह नाम, पाठ, फोटो और या विवरण इस उपन्यास में मौजूद है, उसे "कॉलेज" एम्बु प्रेस, राज. वाचनालय द्वारा प्रदर्शित की जाती गतिविधियों और वस्तुनिष्ठताओं को लिखे किसी भी प्रकार साधन से प्रसारित करने को निषिद्ध अधिकार है। मैं इसका विवरण मैं इनका जो पहले या बाद में करने को लिए "कॉलेज काउन्सिल" से न्यूनतम अधिकृत है।

2.) मैं (अन्येदक) इस बात से सहमत हूँ कि योग नाम, पाठ, चोटों और विषयों को कि महापातक के उद्देश्यों में प्रतिष्ठित है मुझे धन्य; धन्यवाद का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "क्रोशिक" एवम् उसके अभिप्रायों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदन के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

Saleha Begum

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 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.

हमारे अधीक्षण-हस्ताक्षरों की ओर से समस्त लोगों को "कोविड-19 रोकथाम" से निराला महसूस हो भिन्नता की जाती है। इसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से समझ व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी साधन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रंगी/व्यसन में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिशा फाउन्डेशन" को प्राथमिकता/विशिष्ट उक्त संस्थायें हैं "कोरिशा फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोरिशा फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अतिरिक्त/सहाय हेतु मंगल नहीं किया जाता है तो जयप्रसाद किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन/धन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इन धृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि जयप्रसाद द्वितीय मदद उक्त रंगी/व्यसन हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

[illegible]

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shibanshu Das

M.F.B.S. NS

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

॥ ॐ नमो भगवते वासुदेवाय ॥

OPTIMA HANDELT DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Host(s))

SANKARAYOGI  **INSTITUTE**

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक रूपान्तरण हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्याप्तं हस्तमयम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो हस्ताक्षर २