

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: ५/1223/0931 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 07/12/23 आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: ABUL HOSSAIN GOLDAR आवेदक का नाम:		AGE-YEARS: 56 वर्ष-वर्ष:	SEX: M लिंग:	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KALU GOLDAR पिता/पत्नी का नाम:				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: धरमन निवासस्थान पता: DARSHIN BAGA DHAMAKHALI RAMPUR, SANDESHKHALI-II, NORTH 24 PARGANAS, 743309, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवासस्थान पता: — AS ABOVE —				
OCCUPATION: SMALL SHOP व्यवसाय:		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 7000 X 12 = 84,000/- कुल वार्षिक आय:		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत जोड़ना)		
PAN No. [Blank] उपासी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाख हैं? (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं):				
		Yes / 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 से सम्बन्ध
1.	ABUL HOSSAIN GOLDAR	56	M	SELF
2.	JOYNATI BIBI	49	F	WIFE
3.	HABIBULLA GOLDAR	25	M	SON
4.	AHABULLA GOLDAR	21	M	SON
5.	JAGDA BIBI	18	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) पोली कार्ड की कॉपी जमा करना (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) ठरफ़ीका कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राप्त/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरी सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - LE (SIUS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 तो यह सहायता कितनी		

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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं गलत जानकारी प्राप्त हो तो यही सहमत विवरण को न सही है।

2) मैं इस को सहायता एव "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी न ही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताना था।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता को न ही, उस एव न ही उपयोग न करूँगी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगी।

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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

[illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का छाप



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koonika 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/cases, 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/cases 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 अभिप्रेत, राजस्थानी को खेर से 'समलै/रंगी' को "कोरिआ बाबबोरन" से निर्मित सामान्य हेतु विपरीत की जाती है, जिसे हम (इन्टरनेट) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

(1) यह कि न तो अधिकांश और न ही अधिकांश अधिकार सहायता विधियों के साक्षरता संकेतक या विधियों अन्य प्राप्ति से उच्च रेटिंग प्राप्त करने के लिए या तो खींचे, जैसे कि इनमें "अधिकांश सहायता" से निष्कर्षित/निहित उच्च को साक्षरता में "अधिकांश सहायता" द्वारा प्राप्त रेटिंग है। यदि "अधिकांश सहायता" द्वारा सहायता विधियों अधिकांश प्राप्त रेटिंग मान्यता की बिना साक्षरता से अलगता विधियों अन्य के साक्षरता संकेतक या विधियों अन्य साक्षरता से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अलगता द्वितीय चरण उच्च रेटिंग प्राप्त करने के लिए साक्षरता संकेतक या विधियों अन्य साक्षरता से नहीं संश्लेषणीय।

2. "बोसिका फायरड्रेसिंग" से भी यह समझा संभव नहीं है। बोसिका का सम्बन्ध इस से यह समझा जा किने यह उपचार/प्रक्रिया का मुख्य बोसिका एवं सम्बन्ध से बोसिका का विषय है जो "बोसिका फायरड्रेसिंग" द्वारा किसी प्रकार का बोसिका नहीं है। इसलिने सम्बन्ध में बोसिका से इतर-मुख्य और अन्य करने की सारी विधियों/प्रणाली बोसिका एवं सम्बन्ध में बोसिका और "बोसिका" को बोसिका या विधियों/प्रणाली इस सम्बन्ध में नहीं बोसिका।

स्वीकृती के लिए संस्थिति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

Dr. Shashis Das
M.D. M.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
SANKAR ANAND ACADEMY

आन्तरिक उपकरण है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 श्री. इन्द्रजित् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
पञ्चमः पञ्चमः 2

Exchanged

Rich