

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1223/0939		APPLICATION DATE: 09/12/23			
NAME of APPLICANT: FUGLI SARDAR		AGE-YEARS मातृ-वर्ष		SEX लिंग	
		52		F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NISDHIRAM SARDAR.					
PARENT/GUARDIAN का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
DURGAMANDAP, NORTH TWENTY FOUR BARGANAS,					
743446, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता					
— AS ABOVE —					
OCCUPATION : MAID				MARRIED (विधिवि) / UNMARRIED (अविधिवि)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 1300 x 12 = 15,600/-				(Attach Proof of Income) (आपका आय प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. उपर्युक्त खाली छोड़ें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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.	FUGLY SARDAR	52	F	SELF	
2.	PAPIYA SARDAR	18	F	NEPHEW	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकार्ड के नौसे 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्ने गये विकल्पों का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिहास सूची संलग्न					
1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE					
2. SURGERY - RE (SICG + 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 कोई पैसा सहायता मिली			

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 Koshita 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** (NOTE: DO NOT)

- 2.) मैं (आवेष्टक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं या मैं, मेरा, मेरी और विभाग को कि सराफा के ज़रूरी से ज़िम्मे है जो कि सराफा का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "अतिरिक्त" रूप में ज़रूरी के विभाग और सम्बन्धी होना।

अमेरिका के इन्वेंशन के जेरी का पिता



AGREEMENT by HOSPITAL (TYPED IN FULL)

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.

1. "बौद्धिक सार्वजनिक" से ही यह सहायता संलग्न विधिव प्रकृति की है। एंग्रेजी का इस्तेमाल इसी ही यह सहायता या जिने एवं उपचारप्रतिष्ठान का मुख्य लक्ष्य एवं इच्छा का संकेत का विषय है जो "बौद्धिक सार्वजनिक" इस विधि प्रकाश का कोई प्रकाश नहीं है। इसीलिए इच्छा का एंग्रेजी के इच्छा प्रकाश और जाने जाने की सारी विधिवारी एंग्रेजी एवं इच्छा की एंग्रेजी और "बौद्धिक" को कोई प्रकृति या विधिवारी इस सहायता में नहीं होगी।

रखीकृती के लिए संकल्पित

09/12/23

2013年12月

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

2015年12月15日

Smart people afford

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
 on behalf of the Institute

नाम व पद संस्था का अधिकारी अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

ज्यासी संख्या १

2001-2002

Exempel

2018