

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. :

K/12/24/1472

APPLICATION DATE :

19/12/24

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

NECHAR MOLLA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

TAPCHER MOLLA

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

DHERNAMARI, NORTH 24 PARGANAS 743442

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION :

FISH SELLER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

4500X12 = 54,000/-

मूल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आय संख्या

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

Yes / हाँ

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

No / 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.	NECHAR MOLLA	67	M	SELF
2.	FATEMA BIBI	65	F	WIFE
3.	KALIMA BIBI	39	F	DAUGHTER
4.	SALIMA BIBI	36	F	DAUGHTER
5.	KALAM MOLLA	31	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सक से चर्चा की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SLC + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED सी 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 यहाँ पर कतल है कि इस प्रारम में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रत्य साबित है तो मेरी सहयोग मिलान की जा सकती है।

2) मैं इससे सहयोग यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेती या लेंगे है, उसका उपयोग करी अंततः की पूर्ति के लिये किया करेगा, जो इस प्रारम में माग गया है।

3) मैं यहाँ पर कतल है कि मैं इस सहयोग से या प्रारम की मदद है, इसा लिये या कतिपय या समस्त विवरण किसी अन्य सोसालिज्मिस्टिक/वेयर डम्परी से न ले रहा है और न ही भविष्य में लेगा।

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/post-upreproduce 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 प्रश्न पर अपने उत्तरात्मक या संक्षेप को ज्ञान समझकर, मैं (आवेदक) कहने सामर्थ्य की पूर्ति करता हूँ कि, "कोशिका चरचरोन और भस्मे भस्मोये" की अभिव्यक्ति कहानि है कि प्रेम नाम, प्रेम और प्रेम के विषय पर प्रश्न या खोज है, इसे "संविदा" एवम् नामों, रूप, चरचरोन प्रभु जलद्वय के प्रभु प्रेमोपदेशों और भस्मोपदेशों के सिद्धि दिशों की प्रज्ञा समर्थन से प्रकाश करने के लिए संविदा है। मैं प्रश्न का विषय में प्रज्ञा के प्रभु व प्रभु के करने के लिए "संविदा चरचरोन" व नामों अभिव्यक्ति है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि प्रेम नाम, प्रेम, प्रेम और विषय का कि समझने के जलद्वय के प्रभु प्रेम के प्रभु प्रज्ञा चरचरोन का चरचरोन की प्रज्ञा प्रभु प्रभु के "कोशिका" एवम् भस्मे नामों का निर्णय संविदा और अभिव्यक्ति प्रभु।

આનેદક બે હાતાળા થા બંને થા નિશાન



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashi's Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

આનો અર્થ, દાખલો થી એક રો મળેલેથી એ "સંવિધા સ્થાપના" થી સિધ્ધ થાય છે એ વિચારથી એ જાણે છે, એક જ (મહાત્મા) એ જ પ્રકારના જ માર્ગ સૂચન કરે છે.

[illegible][illegible]

स्वीकृतों के लिए संस्थिति

19/12/24

M.B.E.S.M.S

Gold Medalist
(Name of Dr. A. Sengupta with Stamp)

हमसत का नाम व हमसाता व रति व

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
નમ વ પદ હસ્પિટાલ ઓફિસર અધિકારી

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मानसिक उपयोग हेतु

न्यायं प्रस्ताप्य ।

न्याय दायता २

Enfermedad

Lee