

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. :

K/1224/1490

APPLICATION DATE :

21/12/24

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

NAZMUNNISA

AGE-YEARS वय-वर्ष

72

SEX लिंग

F

आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

MD SHARFUDDIN

पिता/कथुम्प का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

85/8 N.N. ROAD NARKEELDANGA
KOLKATA 700011
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER :

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

6000 X 12 = 72000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी चिह्न स्थान लम्बो)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	NAZMUNNISA	72	F	SELF
2.	MD KAMRUDDIN	82	M	HUSBAND
3.	MD JASIMUDDIN	59	M	SON
4.	FARHAT BABBEN	57	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नित्त आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EMS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिखें किसे निम्नलिखित कारण दर्शाएँ:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुवादात्मक/प्रेस्क्रिप्शन्स संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
	SURGERY - RE - (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED सी 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 Noshika 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.

[illegible]

1) By affording my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का उत्तर इसप्रकार या संकेतों को जान समझकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ कि "बंशिलाल कावरेयन और उसके साथियों" को अविश्वस्य माना है कि मेरा नाम, पता, पते और जो विवरण इस प्रश्न में संकेत है, उसे "बंशिलाल" शब्द जल्दी, दूर, सचमुच दूसरे मर्दाने के पुत्री परिवर्तितों और उपलब्धियों के बिना किसी भी प्रकार मन्त्रों से प्रभावित करने के लिए अविश्वस्य है। मैं प्रश्न का विवरण में इसका के पते का घर में करने के लिए "बंशिलाल कावरेयन" या जल्दी अविश्वस्य है।

2) मैं (जगदेवक) इस बात से सन्तुष्ट हूँ कि मैंने जन्म, मरण, मोहों और विद्वान्ता जैसी सब बातों से मुक्त होकर मुझे प्राप्त किया है। मुझे ज्ञान प्राप्त हुआ है। मुझे इस बात का हृदय नहीं चलाता। इस जन्म में "जोशिका" एगम् उसके चरित्रों का निर्माण और व्यवहारों होगा।

આનેશ્વર પો હસાણર ના લંગેતે આ નિશાન

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

1) यह कि न ही सर्वप्रथम और न ही मध्यम में विविध साक्ष्य किन्ती गैर राजकीय संस्था या किन्ती अन्य स्वरूप से उक्त संस्थाओं में होने या हो रहे हैं, जैसे कि कम्पनी "कोरिया फाइनेंस" से विपणन/मिनी उक्त से उदाहरण में "कोरिया फाइनेंस" इस प्रकार से कि है और "कोरिया फाइनेंस" इस प्रकार किन्ती उचित/समस्त से समस्त को किन्ती यह कि हो संभव किन्ती अन्य गैर राजकीय संस्था या किन्ती अन्य संस्थाओं से साक्ष्य लेने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस कृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अगस्त्य विविध प्रकार उक्त संस्थाओं से किन्ती गैर राजकीय संस्था या किन्ती अन्य संस्था से को संस्थाओं।

2. "कॉन्सिडर फायनोस" से ही मैं सतनाम केवल विविध प्रकृति भी है। रोने पर इरादा इस से मैं जानता हूँ किने मेरे मनका प्रकृति का दुख से ही हलका है। मेरा नाम निरा है और "कॉन्सिडर फायनोस" इस विषय पर सब का सब रचना की है। इसीसे इरादा में रोने के इरादा दुख और जाने जाने की साथ विविधरी से ही हलका है। मेरे दोस्त और "कॉन्सिडर" को सबेरे भूमिका या विविधरी इस सवाल में नहीं होता।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21 | 12 | 24

Dr. Shibashis Das

(Name of Dr. B. Bhatia, with Stamp)

हस्तिकान्तं गन्धर्वं संकाशं च रविं च
विष्णुं भगवंतं त्रैलोक्यं च ।

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

नाम न पद हस्तगत अथिक्त अथिक्तारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत विषय हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तव्यास ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या 2

Safarzal

2018