

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. : M/0123/0624

APPLICATION DATE :

01/01/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

JAKIR HOSSAIN LASKAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

40

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुपुत्र का नाम

BASARUL LASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

CHANDNAGAR, MOHANPUR, SOUTH 24 PARGANAS
743368, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs. 4000 x 12 = 48000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):

Yes / हाँ

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.	JAKIR HOSSAIN LASKAR	40	M	SELF
2.	DOLEY GOSTI	36	F	WIFE
3.	NARINA LASKAR	14	F	DAUGHTER
4.	NARIM LASKAR	12	M	SON
5.	AESANA LASKAR	9	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए बिली आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहा प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहा प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की सहा प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरणों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अवेदन दा मागण पत्र

- 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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को साहसपूर्वक रूप से "कोशिका फाउंडेशन", से ही कह रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुनः कह रहा हूँ कि जिस राशि/राशियाँ हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समतल किसी किसी अन्य स्रोत/विधायक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो वांछित हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (उत्प्रेषक द्वारा स्वीकृति)

- 1) By affixing 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 fulfillment 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 पर अपने हस्ताक्षर या ओरेंट की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, दान, चक्रवर्त/का दुर्भाग्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को निर्णय किसी भी प्रकार सम्भव से प्रदर्शित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण भी इसलिये चाहता हूँ कि मैं अपने नाम से अपने "कोशिका काउंटिंग" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेष्टक का हस्ताक्षर या मंगले का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (RHSRIF 010) (RHSRIF 010)

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 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.

हमारे अभिप्राय, इलाहाबादी को जोर से भाग्यल/पौरी को “काशीका फाउन्डेशन” से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमयल) निम्न प्रकार से समझ व स्वीकार करते हैं।

- (1) यह कि न तो संवैधानिक और न ही अधिनियम में विहित महापदा किसी नैसर्गिक संस्था या किसी अन्य संस्था से उच्च योग्यतापूर्ण में लोग या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विभाजित/विभक्ति उच्च के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापदा विभक्ति अधिक/सकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य नैसर्गिक संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से महापदा योग्यता के अधिकार सुरक्षित रहता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय मत उच्च योग्यतापूर्ण हेतु किसी नैसर्गिक संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लोग/लेती।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से जो गई गहराया सेक्स विविध प्रकृति की है। रोगी पर हमलाएं हुए दो गई सलाह या किले गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसल में रोगी की इच्छा सुरुआत और आगे जाने की सारी विमोचनी रोगी एवं हमसल को हाथों और "कोशिका" को कोई धमिका या विमोचनी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संजीवनी के लिए संस्तुति

Date of Surgery

बाँटने की सीढ़ी

01/01/2023

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S M.S
(Name of Gold Recd. Not with Stamp)
Regno 71025

OPTOM APPROPT DAS

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

SANKAR JYOTI

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनन्दिका दशरथेण हते

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायनी हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यासी हस्तक्षेप ?

Sc 27