

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)		
APPLICATION No.: M/0323/0860		APPLICATION DATE: 03/03/2023		
NAME of APPLICANT: HUSNA BEGUM		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ABDUL BARATU		75	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 13 NII MADHAI SENTANE, CR. AVENUE, CHITARAN JAN AVENUE, KOLKATA - 700073, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या		(आय का साक्ष्य संलग्न)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / NO				
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): हां / 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 सम्बंध
1.	HUSNA BEGUM	75	F	SELF
2.	MD TAYAB ALI	82	M	HUSBAND
3.	MD SAHIB	53	M	SON
4.	SAJDA PARVEEN	50	F	DAUGHTER
5.	MD Tahir	47	M	SON
6.	SAJYA PARVEEN	43	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहायता के लिए विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)			
2.	SURGERY - LE (SICS + 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 लेई 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अधून अनसत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल विस्तार किसी अन्य स्रोत/निर्माणा/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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

1) इस प्रश्न का उत्तर इस प्रकार या अंग्रेजी को छोड़ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहजता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउन्टिंग्स और उसके न्यायोप" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रामाणिक है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, राज, वाचना/का दूसरे उद्देश्य से मुझे व्यक्तिगत और अनलाभार्थी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण जो इसका जो पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउन्टिंग्स" व न्यायो अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहजता के उद्देश्य से प्रामाणिक है मुझे स्वतः, सहजता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोप का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

सावित्री का हस्ताक्षर या अंगुली का चिह्न

فيلم

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:

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को ओर से मामले/रीजों को "बोर्डिंग फाउन्डेशन" से वित्ति सहयता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इम्प्लाल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

2. "कोशिका पाउन्डेशन" से ली गई संशोधन केंद्र विविध प्रकृति की है। रोगी या इन्फेक्शन द्वारा दी गई संज्ञा या किने गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं इन्फेक्शन से बीच का विषय है और "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए इन्फेक्शन में रोगी के इलाज शुरू और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इन्फेक्शन की होनी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस चरण में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संख्याति

03/03/23

Dr. Shibashis Das

M.B.B.M.S

(Name of Dr. _____ with Stamp)

डाकूत का सिंग ०६/०३/१०/३५

OPTOM. AVANT DAS

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1

महोदय !

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर ३

Rich