

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या

M/1022/0386

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

13/10/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

NARGIS BEGUM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

40

SEX लिंग

F

FATHER'S/HOUSE'S NAME:

पिता/घर का नाम

MD. ZAHID

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

NEAR K.M.C. HALL, 29C/2D A.P.C. ROAD, RASA RAM MOHAN SARANI,
KOLKATA - 700009, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय की साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी छला संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / ☒ No
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 से संबंध
1	NARGIS BEGUM	40	F	SELF
2	MD. ZAHID	46	M	HUSBAND
3	NAHID PARVEEN	18	F	DAUGHTER
4	NEHA PARVEEN	18	F	DAUGHTER
5	SWAGUNTA PARVEEN	13	F	DAUGHTER
6	MD SWAD ZAHID	9	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियम आधारBPL Card
(Attach Card Copy)गरीबी रेशा की 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 किसे गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त भूखी संलग्न

1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE

2. SURGERY - RE (IOL + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
एक 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
ली 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबयन एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस पर गंभीरतापूर्वक प्रति "अभिलेख" कायम करता हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में ध्यात रहा है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप को भरा है, उस पर किसी भी अतिरिक्त या समान विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

(1) इन प्राण न जन्म इतिहास व आदि की जगत् सत्ता, मैं (आवेष्टक) अपनी मूर्ति भी मुक्ति करता हूँ एवं "बोशिका काइडेंसन और ठगरी न्यायो" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जगत्, धोटी और जगत् विवरण इस प्राण में बोधित है, उसे "बोशिका" एवम् न्यायो, दान, वाचस्पत्य दूता उद्देशन से कुटी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किन्तो को प्रसार सम्पन्न से सम्पत्ति करने को लिख अधिकृत है। मेरे प्राण का विवरण मेरे शरीर का जलन व शरीर में करने को लिख "बोशिका काइडेंसन" व न्यायो अधिकृत है।

आपका नाम हमारा नाम आपका नाम हमारा नाम

AGREEMENT by HOSPITAL (सहमति होस्पिटल)

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) यह कि न तो संसदन और न ही अधिकांश में निर्धारित बहुमत किसी भी राजकीय संस्थान या किसी अन्य उद्योग से उच्च रेटिगेशन से लेने का लो है, जैसे कि हमने "कौशिक काउन्डेशन" से मिलानिगमिनी उच्च के समर्थन में "कौशिक काउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कौशिक काउन्डेशन" द्वारा सहायता मिली सशिकापकता हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अत्यन्त किनी अन्य में सरकारों संघट्ट का किसी अन्य कर्मचारी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अत्यन्त दृष्टिके प्रदत्त उच्च रेटिगेशन हेतु किसी भी राजकीय संस्था का किसी अन्य उद्योग से नहीं लेने/लेनी।

स्थीकाली के लिए संरक्षित

SANJIVANI

आन्तरिक रूपरेखा है।

न्यासी दण्डाक्षः ३

Scrf