

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K10718/0710

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 05/08/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम NABI BK

AGE-YEARS आयु-वर्ष 70
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम JAN MAHAMMAD

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता
CHANDPUR DURBA NASHIPUR, BALAGACHHI,
SHANKARPUR, BHAGAWANGOLA-II,
MURSHIDABAD, 742135, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION :
व्यवसाय UNEMPLOYED

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय NIL (Attach Proof of Income)
(आप का आय स्रोत)

PAN No. स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस 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 के साथ सम्बन्ध
1.	NABI BK	70	M	SELF
2.	FUSTAN BIBI	63	F	WIFE
3.	MEJABUL HAQUE	40	M	SON
4.	ABUL KALAM	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CHANCA ET-LE
2.	SURGERY-LE (STOMACH)

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 लिये 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 बताना 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस को सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", में ही जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समकल हिसाब किसी अन्य प्रोवेंडोर/रोलबैक/बोनस कम्पनी से न हो सिका है और न ही भविष्य में होगा।

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-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 donation 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.

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 जवाब इसप्रकार या अर्थात् की जाय लक्षणकर, वे (आलेखक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता है एवं "कोशिका कारागार और उसके ग्यासीयों" को अधिकृत करता है कि वेत सत्य, सच, सही और जो विचारण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् ग्यासी, दान, वाचस्पत्य दान उद्देश्य से जुड़ी प्रतिनिधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रमाणित करने के लिये अधिकृत है। ये प्रश्न का विचारण ये प्रमाण को पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका कारागार" में ग्यासी अधिकृत है।

2) ये (आवरण) इस बात से सहमत हैं कि वेग, पाप, भेद और विचार को कि साक्षात् को इदरार्थ से अधिष्ठ है मुझे स्वतः साक्षात् का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कौशिक" एम्पू उसके आचार्यों का निर्णय जटिल और अस्पष्टकारी होगा।

आवेदक के इच्छा या अंगुली का निशान



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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे जटिलतम, इसकाभी की ओर से समर्थन/रोषी को "बौद्धिक आतंकवाद" से विभिन्न स्तरों पर हेतु निष्कर्षों की जाती है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से समझ व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो सर्वजन और न ही सर्वजन के विविध समूहगत किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोपे/घातले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाट-वेयर" से निवारण/विनिवृत्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाट-वेयर" द्वारा मार रहे हैं। यदि "कोशिका फाट-वेयर" द्वारा समायत चितित अतिरिक्त/अवसर हेतु मनुष्य तारी किया जात है तो अन्यथा किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य समायतन से समायत लेने का अधिकार सुनिष्ठ रहता है। इस भूटि में स्पष्ट कहा जात है कि अन्यथा द्वितीय मार उक्त रोपे/घातले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य समायत से नहीं लोपावर्तते।

2. "बॉलिका फायरिंग" से तो यह साफ़ा क्लेयर दिखित प्रकृति की है। ऐसी या हमनाम द्वारा ही यह साफ़ा या किये गये उपचारप्रक्रिया का सुखम ऐसी एवं हमनाम से बीच का विषय है और "बॉलिका फायरिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हमनाम में ऐसी से साफ़ा सुखम और जाने जाने की गयी विम्वरणी ऐसी एवं हमनाम की होनी और "बॉलिका" की कोई प्रुनिका या विम्वरणी इस पदम में नहीं होगी।

संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगावे)

05/08/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, DO, FRCS
Reg. No. 58069
Sauraj Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व डाक्टर का रजि. नं.

मन्त्र

संख्या

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

मन्त्री इत्यादि ।

म्यामी इस्लाम २

2000

3429/100

2/3/0

प्राप्त २०२०