

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/6219/3547

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

22/02/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MD KAZIM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तु का नाम

MD. ISLAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

20 TOPSIA ROAD, KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

-AS ABOVE-

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS. 1800 X 12 = 21600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आयकर संख्या

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

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें।)

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.	MD KAZIM	52	M	SELF
2.	ASMA PARVIN	46	F	WIFE
3.	MD AMR SOHAIL	24	M	SON
4.	ATIYA PARVIN	21	F	DAUGHTER
5.	NAZMIA NAZ	17	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्यता 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 प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SUMMARY - RE (SIC 17204)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: **ਅੰਮ੍ਰਿਤਸਰ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਪੰਚਾਇਤ ਪਤਾ:**

- 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 कतार दूँ कि इस प्रकरण 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) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रत्येक की गई है, उस राशि का आर्थिक या समकल किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जितक द्वारा करार)

- 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.
- 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 अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फार्मेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राय, पाचक/पाच्य दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रशस्ति करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण ये इस्तेमाल के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फार्मेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके हस्तक्षेप के बिना, हमें अपने काम के लिए जिम्मेदार नहीं होना पड़ेगा।



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.

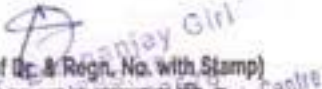
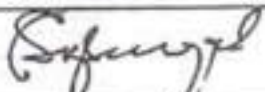
बालों की रक्षा के लिए डॉ. अशोक कुमार ने "बालों की रक्षा के लिए" नाम का पुस्तिका तैयार की है, जिसे डॉ. अशोक कुमार (डॉक्टर) द्वारा प्रकाशित किया गया है।

- 1) यह कि न तो सामान और न ही वस्तुओं में विविध सहायता किसी भी सरकार संस्था या किसी अन्य स्तर से उक्त टेलीफोनल में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरिस्ट/विश्वी उक्त को सामान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध आशिक/सकल हेतु मजदूर नहीं किया जाता है तो अगस्त किसी अन्य भी सरकार संस्था या किसी अन्य समस्तन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अगस्त द्वारा मदद उक्त टेलीफोनल हेतु किसी भी सरकार संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फायन्डेशन" से शी गई सहायता संवत् 1971-72 में प्रेषित की गई। ऐसी पर हमला इस प्रकार की गई कि सलाह के बिना ही उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसा एवं हमला के बीच का विषय है और "कोशिका फायन्डेशन" इस प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसीलिए हमला में ऐसी के इसका मुकाबला और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमला की होती है और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 29/9/19	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका के छिद्र 	Shikhar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2 