

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0710/0674

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

02/07/10

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ENAMUL HAQUE

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

54

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

SAMSUDDIN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

UTTAR LATTEER PARTA, BANGAR, LALGOLA,
MURSHIDABAD 742148, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS 2100 X 12 = 25200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्नन 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 सम्बंध
1.	ENAMUL HAQUE	54	M	SELF
2.	ARMAAN B/132	46	F	WIFE
3.	TAHJIMA KHATOON	22	F	DAUGHTER
4.	SALFMA KHATOON	20	F	DAUGHTER
5.	HALEMA KHATOON	17	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मंजूर विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGICAL - 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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **अवेकल हल घेवण 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) ये ध्यान केंद्र है कि इस प्रकार से विभिन्न गैर सभ्य विभागों में अनुसूचित जाति एवं सहाई है। यदि कोई विभाग एवं कर्मचारी असमर्थ पाया जाता है तो वे भी सहायता प्राप्त की जा सकती है।

2) मैं आप को सख्त यह "कॉन्सिडर काउन्सेल", ये ली जा रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में पर्य गया है।

3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या सबकुछ हिस्सा किसी अन्य छात्र/छात्रिका को या अन्य किसी को न ले लिया है और न ही भविष्य में ली जाए।

AGREEMENT by APPLICANT (unless DO NOT)

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.

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 हस्तक्षेप से जहाँ को ज्ञान लब्धकर, मैं (भावेदक) अपनी समझ को व्यक्त करता हूँ एवं "कोशिका फाइटेशन और उसके तत्वों" को अभिव्यक्त करता हूँ कि मेरा ज्ञान, ज्ञान, सोच और मेरे विचार इस प्रश्न में संक्षिप्त हैं, उसे "कोशिका" एवं ज्ञान, ज्ञान, ज्ञान का दूसरे वर्ग में मेरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से समझाने वाले के लिए अभिव्यक्त है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे ज्ञान के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाइटेशन" में ज्ञान अभिव्यक्त है।

2) ये (आलोचक) इस बात से सहमत हैं कि गैर चप, पाठ, चोटी और विचार जो कि साक्ष्यता के उद्देश्यों से अतिथि है मुझे स्पष्ट: साक्ष्यता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "अतिथि" चप उन्को स्थिति को निर्णय अतिथि और साक्ष्यकारी होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके कर्म के अनुसार वह आपके कर्म के अनुसार



AGREEMENT by HOSPITAL (স্বাক্ষর করুন)

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को और से सम्बन्धित/सम्बन्धी को "कॉन्सिडरा फ़ाइनडेसन" से मिलियन सहायता हेतु शिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही द्वितीय में विविध साहाय्य किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्तरों से उक्त ऐरो/पासले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोलिका फाउन्डेशन" को विश्वविद्यालयिक उक्त को सम्बंध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा साहाय्य विनि अतिरिक्त/वक्तव्य हेतु पत्रपुर नहीं किया जाता है तो अप्रत्यक्ष किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्थापन से साहाय्य लेने का अधिकार सुनिश्चित प्रकृत है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अप्रत्यक्ष द्वितीय स्तर उक्त ऐरो/पासले हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्थापन से नहीं सेना/लेगी।

2. "कॉशिका काउन्सेलर" से टी वी सहभागी कंसलर विविध प्रकृति की है। ऐसी या इम्तजल इतरी री र्क सलस या किये गने उपकार/प्रक्रिया का चुनस ऐसी र्क इम्तजल के बीच का विषय है और "कॉशिका काउन्सेलर" इतरी कियी प्रकल का कोई दयाल नही है। इसलिये इम्तजल में ऐसी के इतलस सुरस और सने सने की सारी जिम्मेदारी ऐसी र्क इम्तजल की होगी और "कॉशिका" के कोई प्रक्रिया या जिम्मेदारी इस सलसे में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Dr. Nalinakshi Kulkarni के लिए संस्तुति

Rishi Sankar Baschi

Director

Barry Eye Foundation & Research Centre

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

अभिप्रेक्षण की तरीक

02/07/19

MBBS, D.O., DNB

Reg. No. - 3729

Current Eye Foundation & Research Centre

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुसारिक उपर्युक्त हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

संख्या १

Erasmus

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यागी हस्त्यावर २

Rich