

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0919/1556

APPLICATION DATE: 7/9/19

NAME of APPLICANT: AHIMA BTBI

AGE-YEARS 39

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AGLAD SHEKH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

CHUNFUL, SOUTH 2A PARGANAS 743322
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION: HOMEMAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100 x 12 = 25200

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आय संचयन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल करते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)Yes / No
हाँ / 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.	AHIMA BTBI	39	F	SELF
2.	AGLAD SHEKH	36	M	SON
3.	MUBARAK SK	34	M	SON
4.	ANVITA BTBI	21	F	DAUGHTER
5.	MINOYARA BTBI	20	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (ICE + 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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: **उत्प्रेषक द्वारा घोषणा 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) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि इस आश्रय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो जो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी बात यह सहायता एतल "कौशलिक प्रशिक्षण", को ही यह रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस आश्रय में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह आश्रय नहीं मागूँ, इस एतल का व्यक्तिक या सामाजिक किसी अन्य धोखेपिछोके/किसी अन्य सो से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (স্বাক্ষর করুন)

- 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 या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप साबुकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके म्वासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बु म्वासी, दान, सहायता/द्वारा उद्देश्य से जुड़ी प्रतिविधियों और उपस्थितियों को लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण भी हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या म्वासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है जुड़े सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बु उसके म्वासीयों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अन्यथा नै इत्येता वा शृंगे वा निवृत्त

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.

[illegible]

2. "कॉलिका फाइनोला" से ही नई छायावादी कविता विकसित हुई है। ऐसी या इनका ही रूप ही नई कविता या कविता के रूप के विकास का मुख्य स्रोत है। इनका ही रूप ही नई कविता के विकास का मुख्य स्रोत है और "कॉलिका फाइनोला" का ही रूप ही नई कविता के विकास का मुख्य स्रोत है। इनका ही रूप ही नई कविता के विकास का मुख्य स्रोत है और "कॉलिका फाइनोला" का ही रूप ही नई कविता के विकास का मुख्य स्रोत है। इनका ही रूप ही नई कविता के विकास का मुख्य स्रोत है और "कॉलिका फाइनोला" का ही रूप ही नई कविता के विकास का मुख्य स्रोत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वयंपूर्णों के लिए संरक्षण

Shib Sankar Bagchi

Sushruth Eye Foundation & Research Centre

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

नाम य पद हस्यजाल अभिप्रेत अभिप्रेत

~~Dr. Nalinakshi Karan~~

MB, ES, DO, DNE

Reg. No. - 63729

Sasmit Eye Foundation & Research Centre

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

हाम्रो नाम र हस्ताक्षर र मुद्रा

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

111

7/2/19

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हातधुन ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इन्द्राय २

Rich