

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 19/0019/1562
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 3/9/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MD OMRAZI SAHAJI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD KAMALUDDIN SAHAJI
पिता/कटुम्ब का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
HINGALGANJ, PATHERDHABI,UTTARPARA, NORTH.
24 PARAGANAS 743435, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छात्रा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाख हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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.	MD OMRAZI SAHAJI	65	M	SELF
2.	SAKILA BEBI	65	F	WIFE
3.	BAROR SAHAJI	35	M	SON
4.	ARENA BEBI	33	F	DAUGHTER
5.	NOYNA BEBI	30	F	DAUGHTER
6.	RABIUL SAHAJI	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवृति 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L
2.	SURGERY - LECZES + IOL

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 ली 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (signature and date)

- 1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगुलि की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी पहचान को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके म्यारीटों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, इसे "कोशिका" एवम् म्यारीट, दान, वाचनाय दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार वाधन से प्रभावित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विचार या हस्तक्षेप के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या म्यारीट अधिभूत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और विवरण जो कि हस्ताक्षर के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः वाधन या हस्तक्षेप नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके म्यारीटों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर प्रो. वाक)

2. "कोरिका फाउन्डेशन" से सी गैरू महापात्रा संगत विविध प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमलात हुए सी गैरू सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमलात से बीच का विषय है और "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायग नहीं है। इसलिए हमलात में ऐसी को हत्यात मारत और अन्य जाने की सारी विनियमों ऐसी एवं हमलात की होती और "कोरिका" की कोई प्रविष्टा या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

नवीनतम के लिए संस्तुति

Sri Sankar Bagchi

Director

Foundation & Research Centre

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

मान य एह हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Alon
PhD, MS, PhD (Eyes), FRCOphth, FSNEC
Reg. No.-68068
(Name of DE & Regn. No. with Stamp)
आवर का नाम व आवरण नं. रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 नामी प्रमाण ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इन्साफर 2

Erklärung

Rich