

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K/0919/1641

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 11/9/19

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम JELEKHA BHOWI

AGE-YEARS आयु-वर्ष 59

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्ब का नाम TAHER ALI MOLLA



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
UTTAR DEBZPUR, DAKSHIN PARGA, CHAMPAPUKUR;
BAGURHAT, NORTH 24 PARGANAS 743221, WEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
- AS ABOVE -

OCCUPATION :
व्यवसाय HOMEMAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय RS 2000 X 12 = 24000/-

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

PAN No. स्पष्ट छाया संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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.	JELEKHA BHOWI	59	F	SELF
2.	ABUSALEM MOLLA	35	M	SON
3.	BARU MOLLA	33	M	SON
4.	SAFZDA BHOWI	30	F	DAUGHTER
5.	HASEENA BHOWI	28	F	DAUGHTER

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.
2.	SURGERY - L.E. (2005 + 2006)

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक प्रप खेवण पर: 197607110007

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

- DECLARATION BY APPLICANT:
- 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 कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से ली गई राशि है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बतल गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लोयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति देना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish 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 अंगूठे की छाप हस्ताक्षर, मैं (अर्पक) अनिवार्य रूप से सहमत हो चुका हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, इसे "कोशिका" एवम् भ्राता, पुत्र, कन्यासह द्वारा उत्पन्न से जुड़ी एक्टिविटीयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सामान्य से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इरादों के बारे में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भ्राता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के दायरे में ही प्रयोग है मुझे, उचित: सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् भ्राता भ्राताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 मोहक नं प्रमाण नं सोपे नं विमल

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर/मुद्रा)

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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. K. Ghosh স্বীয় জীবনে গল্প সংগ্রহ

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/2/19

MBBS, D.O., FNB, FRCSE
Rajendra Prasad Singh
Susrut Eye Foundation, New SSB Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
स्वस्वतः चक्षुः प्रदीपः

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ગુપ્તીય દસ્તાવેજ છે

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इश्वर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्लाम 2

28.04.2018