

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0226/2313

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

02.02.2024

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

CHALEMA BIBI GAZI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

DIN ALI MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SANGRAMPUR, NORTH 24 PARGANAS -
743422, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSEWIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

10000 X 12 = 12,00,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

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

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.	CHALEMA BIBI GAZI	70	F	SELF
2.	ANZAD ALI GAZI	42	M	SON
3.	SAIDA BIBI	33	F	DAUGHTER
4.	IZZAD ALI GAZI	37	M	SON

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 किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचार/प्रेस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS = CATARACT (RE)
2.	SURGERY (RE) = SURTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदन** **आवेदक** **द्वारा**

- 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा कर्ण)

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.

- आवश्यक नै हयवाधा या अंगुलि का निशान



By affixing hereunder, signatures of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- (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.

हमारे अधिकांश, इलाहाबादी को सोर से घेरने/पैनी को "अशिक्षा काटने" में योग्य सहायक हेतु नियुक्ति की जाती है, जिसे हम (हमसफर) निम्न प्रकार से जान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही अभियान में कोईप्राप्तता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से प्राप्त होती-संगठन में लोग या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" से सिफ/शि/निर्देशों उद्धृत की प्रमाणों में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मंचर देते कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देशित/सहायता हेतु मंचर नहीं किया जाता है तो संगठन किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन पर सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि संगठन द्वारा मंचर प्राप्त होती/संगठन हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेता/लेती।
2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से तो वह सहायता को प्राप्त किसी प्राप्ति को है। ऐसी पर संगठन द्वारा यह कि संगठन या किसी गैर संरक्षण/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी पूर्ण संगठन को बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए संगठन में लोग के द्वारा प्राप्त और अन्य जाने की जारी विनिर्देशों ऐसी पूर्ण संगठन को होने और "कॉलिका" को कोई सुविधा या विनिर्देशों हम संगठन में नहीं होगी।

रवीश्वरी के लिए संस्तुति

02.02.2026

Dr. Subramaniam Das
Directed for
M.B.B.S.; M.S. (1972-1975)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व कालांतर या रजि. नं.

Optom Anshu Das
Senior Program Officer
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम ही हस्ताक्षर ।

Enfermedad

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2

2022