

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 26/0423/0026 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 04/04/2025

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम ASWARI BANO AGE-YEARS आयु-स 38 SEX लिंग F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 11/1/2 RAJA RAJNARAYAN STREET, KOLKATA MUNICIPAL CORPORATION, MARKEIDANGA, KOLKATA 700009, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता AS ABOVE

OCCUPATION : व्यवसाय HOMEMAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 2000 X 12 = 24000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर सला है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) Yes / No हा / 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.	ASWARI BANO	38	F	SELF
2.	ASHIYA KHATOON	18	F	DAUGHTER

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

EPL 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"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 (RE)
②	SURGERY - RE (LICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया हो?

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

3

- AGREEMENT by APPLICANT (अर्जदक द्वारा करार)

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/post-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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या जगहों को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सव्यता को पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वेरा सच, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दी गई है, उसे "कौशिका" एवम् न्यायी, दल, सचन/सच पुनः उद्घरण में कुछ परिवर्तनों और उल्लेखों के बिना किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कौशिका फाउंडेशन" व व्यक्तियों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेरा सच, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पुनः सहायता का हकदार नहीं बनेगा। इस संबंध में "कौशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आर्सेनिक का हस्ताक्षर या जंगल का मिश्रण



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:

हमारे अभिलक्ष्य, हमारा कार्य और अंत में मामला-दोनों को "कारोबार फाउन्डेशन" से विशेष सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही व्यक्तिगत में किसी और सरकारों संस्थाओं या किसी अन्य स्थापना से उद्घाटन/प्रारंभ होने के लिए या तो रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोलिका फाउंडेशन" में प्रारंभ/प्रारंभिकता उनके के संस्था में "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा मंदिर हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायक हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य के सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदिर उनके उद्घाटन/प्रारंभ हेतु किसी के सरकारों संस्था या किसी अन्य स्थापना से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोलिका फाउंडेशन" से ले ले सहायता केवल विशिष्ट हेतु है। उद्घाटन या इत्यतल द्वारा ले ले सहायता या किये गये उद्घाटन/प्रारंभ का चुनाव उद्घाटन एवं इत्यतल के बीच का निर्धार है और "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसमें इत्यतल में ले ले के इत्यतल सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी एपी एवं इत्यतल को होती और "कोलिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होती।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

04/04/2025

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

Optom Avhijit Das
Senior Program Officer
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Sankara Jyoti Eye Institute
নাম ও পদ ইচ্ছাপূর্বক উল্লেখকৃত জিহাদকারী

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2

Rich