

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

u/0625/0630

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

22/4/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

HARESHA BEGAM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

SAURAB CHISTI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MUNSIKAT, BHUPATPUR, WEST BENGAL, PIN 711140,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

ROOM

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

2000X12=24,000/-

(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 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 सम्बंध
1.	HARESHA BEGAM	65	F	SELF
2.	SAURAB CHISTI	60	M	HUSBAND
3.	SIK PRAN	49	M	SON
4.	SABINA YASMIN	39	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की 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 लिये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
①	DIAGNOSIS: CATARACT (RE)
②	SURGERY: PE (MILLEN TOL)

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 राशी

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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अत्यन्त सत्य पाया जाय तो मेरी महापता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो महापता उचित "कॉन्सिदा फाउन्डेशन", से लिया जा रहा है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में मरा गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस महापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम संभव हिस्सा किसी अन्य धार्मिक/सामाजिक/वैद्यिक कार्य में न जो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

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.

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 का ज्ञान हमें इलाहाबाद का संगठन की छत्र साधक, मैं (अन्वेषक) अपनी सामग्री की मुख्य करता है एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके व्यक्तियों" के अधिकृत करता है कि ये शब्द, या, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, चक्रान्ता दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के सिद्धे किसी को प्रसारित वाचन में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" के न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अन्वेषक) इस बात से सहमत हूँ कि ये शब्द, या, फोटो और विवरण जो कि प्रशासना के उद्देश्यों में शामिल है मुझे स्वतः प्रशासना का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अन्तिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदन के हस्ताक्षर का अंगुलि आदि निशान



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:

- 2) 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.

हमारे अधिकार, हमलवारी की ओर से मामले/एपी को "सक्रिय फाइलिंग" से विधिप सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमलवारी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो पर्याप्त और न ही बर्धित में विविध संस्थाएँ किसी एक साकारी ध्येय या किसी अन्य संकल से उक्त रोगी/मायले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका कार्डेशन" से सिंक्राइजेशन उक्त जो सम्बंध में "कोशिका कार्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका कार्डेशन" द्वारा संस्थाएँ विविध अर्थिक/सामन हेतु बनत नही किया जात है तो सम्भावित किसी अन्य एक साकारी ध्येय या किसी अन्य सम्साधन से साहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि सम्भावित द्वितीय मरद उक्त रोगी/मायले हेतु किसी एक साकारी सम्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फायनडेशन" से तो गां सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी यह सम्भवतः इस दोई मल्लिक या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्तगत की जीव का विषय है और "कोशिका फायनडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में ऐसी की हलचल सुख और अन्य जाने की सारी विध्वंसारी ऐसी एवं हस्तगत की होगी जो "कोशिका" की कोई भविष्य या विध्वंसारी इस मामले में नहीं होगी।

सूचिसूची के लिए संस्थान

Dr. Shibdas Das

Optom Avinjit Das

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

M.B.B.S M.S.
Gold Medalist

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

आपका नाम क्या है ?

Senior Program Officer

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

यस्य च पद हस्यात् अधिकतः अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इन्स्टीट्यूट

SIGNATURE of TRUSTEE 2

लागी हस्ताक्षर :

Erbenzyl

10/12/20