

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

09/09/25

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

08/09/25

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

NAZMA BIBI

AGE-YEARS आयु वर्ष

54

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्भ का नाम

NUR MOHAMMAD MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

TANGALPOTA, MATIABAGHA NORTH 24 PARAGANA,
740135, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:
व्यवसाय

COOK

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय 5000 X 12 = 60,000/-

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

PAN No. स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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.	NAZMA BIBI	54	F	SELF
2.	SEKH SAZMUL ISLAM	27	M	DAUGHTER
3.	MONAYARA BIBI			

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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 विनतों 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 (ICU + 30L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: श्री. अ. अ. अ. अ. अ.

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 (अनुमति प्राप्त करने वाला)

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 Kashioka Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

2) ये (आयुष्य) इस बात से सहमत हैं कि वेद सत्य, सत्य, कोटी और विष्णु के कि सहस्रों में वर्णित हैं मुझे स्वतः सहस्रों का हकदार नहीं लगता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके व्यक्तिगत का निर्णय अतिशय और वाध्याकार्य होगा।

आपेवक के हरतापर या अंगुठे का निशान

১৭৫২৫৭ বি বি

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरित हॉस्पिटल)

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.

2. "कोईका फाउन्डेशन" से तो मैं सहजता सेबत विविध प्रकृति की हूँ। ऐसे में हमारा हित ही वह सत्य है जिसे मैं अन्तर्गतकिय का मुख्य रंगी एवं हमारा के बीच का विषय है और "कोईका फाउन्डेशन" हम किसी प्रकार का कार्य नमान नहीं है। हमारा हमारा ही ऐसे से उदात्त मुक्त और जाने जाने की लक्ष्य विमोचनी रंगी एवं हमारा की होने और "कोईका" को लक्ष्य प्रविष्ट या विमोचनी हम अपने में लक्ष्य होगी।

स्वीकृतो ज्ञे त्रिभु संस्तुति

(Name) Senior Program Officer
Sankara Eye Institute
भाग व गद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक टपप्लेग हेतु

न्यासी हस्ताक्षर १

10/12/20