

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. /

आवेदन संख्या :

K/0717/0597

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/05/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

TACHHURA KHATUN

AGE-YEARS अनु-वर्ष

41

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

MANTAJ

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KHOLAPOTA, BASIRHAT NORTH 24 MARGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 1200 x 12 = 14,400/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है या नहीं

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न काटें)

Yes / हाँ

No / 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.	TACHHURA KHATUN	41	F	SELF
2.	ASAFUL ISLAM	44	M	BROTHER
3.	NOHUL ISLAM	46	M	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न विषयों में से

BPL Card (Attach Card Copy) एनडी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- RE
2.	SURGERY- RE (SRCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED रु। का सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये चरणों के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई क्लियर एवं सत्य उत्तर प्राप्त होता है तो मेरी आवेदन पत्र को तब तक स्वीकार किया जायेगा।
- 2) मैं इससे अधिक नहीं "कोशिका फाउंडेशन", से ही का ली है, उसका उपयोग उही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो रीकवरी के लिए न ही किसी भी और

AGREEMENT by APPLICANT (unless not used)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 its 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 जवाब सत्यता पर ध्यान देकर दें। (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करते हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके पालकों" को अभिव्यक्त करते हैं कि वेद, धर्म, भक्ति और जो विश्वास इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रचार, धर्म, धर्मधारा एवं जीवन में सुदृढ़ नीतिनिर्देशों और उपलब्धियों को दिखाने के लिए किसी भी प्रकार सत्यता से प्रचारित करने में सक्षम अभिव्यक्त है। वे प्रश्न का जवाब देने के साथ ही अपने कथन से अपने को सक्षम "कोशिका फाउंडेशन" में प्रवेश अभिव्यक्त है।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्रश्न से सत्यता हैं कि वेद, धर्म, भक्ति और विश्वास जो कि सत्यता में उपलब्धियों से प्रदर्शित है सुदृढ़ सत्य: सत्यता का इच्छा नहीं करता। इस प्रश्न में "कोशिका" द्वारा प्रचारित पालकों का निर्दिष्ट जीवन और धर्मधारा होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अन्यथा नो ब्रह्मणः नो जगदोत्पत्तिरिति चिन्तयन्

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिपति, हमारा ही यह देश है। हमारे ही देश के "संविधान" के अन्तर्गत ही हमारा ही देश है। हमारे ही देश के "संविधान" के अन्तर्गत ही हमारा ही देश है।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संमति (स्वीकृति/निर्णय का निश्चय समायोजित)		ACCEPTANCE समर्थन		REJECTION निराकरण	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/08/17	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS Reg. No. - 58098 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Sh/b Sankar Bagchi Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद, इलाका व स्वीकृत अधिकारी			
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु					
✓ SANCTIONED संमति	REJECTED निराकरण	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2	