

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/129/2024 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 15/12/24 आवेदन तिथि :		 	
NAME of APPLICANT: SAHAJATI BEGUM आवेदक का नाम :		AGE-YEARS: 58 वर्ष-वर्ष :	SEX: F लिंग :		
FATHER/SPOUSE'S NAME: MD YOUNUS पिता/सहोदर का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HATJARA PASCHALI PURA, NORTH 24 PARGANAS HOAGH, WEST BENGAL. वर्तमान निवास पता :					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी निवास पता :					
OCCUPATION: HOME MAKER. व्यवसाय :					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय :					
PAN No. : पैन संख्या :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो योग्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):				Yes / No हाँ / नहीं	
FAMILY DETAILS (परीवार 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.	SAHAJATI BEGUM	58	F	SELF	
2.	MD. YAKUB	58	M	SON	
3.	MD. HASAN	51	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित करना					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीति से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.				
2.	SURGERY - L.E. (SICOPOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि 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 कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाय तो मैं यही जवाबदायिता को नक़्क़ार करती हूँ।
- 2) मैं इस बात का ज़माना दूँगी कि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस प्रकरण के लिये किसी भी अन्य स्रोत/रोज़गार/बीमा कंपनी से न तो रक़म ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (include title and name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/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.
- 3) इस तरह का अपने इस्तेमाल या किसी की छाप लगाना, मैं (आवेदक) अपनी छाप की छुपि छत्र है एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस तरह से प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिकाएं द्वारा प्रसारण से मुझे पेशीकरण और प्रदर्शनों के लिए किसी भी उपाय साधन से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे तरह का विवरण मेरे इस्तेमाल के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी उपाय साधन से प्रकाशित है मुझे उपाय साधन का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दूरदर्शन इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अधिकांश विद्यार्थी इस विषय में अनभिज्ञ हैं।



AGREEMENT by HOSPITAL (FRODO DO NOT)

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 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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सन्दीपनी के लिए संसुति

Date of Surgery 15/12/18		Dr. K. Ghosh MD, DO, DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)		Shibi Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2		
					