

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No.: K/0219/2299 APPLICATION DATE: 05.01.2019

NAME of APPLICANT: ZAHIDA BEGUM AGE-YEARS: 61 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BISMILLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 15/1A POTAPPA LANE MARKET DARGAH KOLKATA 700011 - WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS

| Sr. No. | Name of Family Member | Age (Years) | Gender | Relation with Applicant |
|---------|-----------------------|-------------|--------|-------------------------|
| 1.      | ZAHIDA BEGUM          | 61          | F      | SELF                    |
| 2.      | KAMIL KHAN            | 59          | M      | SON                     |
| 3.      | RAHIL KHAN            | 56          | M      | SON                     |
| 4.      | IMTEAZ KHAN           | 52          | M      | SON                     |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

|                                                                                                           |                                                                                                                     |                                                                                          |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

| Sr. No. | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.      | MYOPIA - CATARACT - LE                                                                       |
| 2.      | GLAUCOMA LE (ST25 + 200)                                                                     |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

| Sr. No. | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>इस स्रोत से प्राप्त की गई सहायता राशि |
|---------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|         |                                           |                                                                             |
|         |                                           |                                                                             |
|         |                                           |                                                                             |



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य सहायता प्राप्त नहीं है तो पूरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार से प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, इस धर्म या नैतिक या सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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.
- 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार से घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, डॉ. रा. चण्डिका द्वारा उद्देश्य से मुझे वितरित/विपणित और सहायता के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण से हस्ताक्षर के द्वारा या मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का इकाया नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके 'व्यवस्थापकों' का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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:
- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करने के है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/प्राप्त करने के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विपणित प्राप्त करने सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी नैतिक/सहायता हेतु प्रस्ताव की जा रहा है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करने/प्राप्त करने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे/ले रहे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से हो रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में हमारे को हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी हमारे एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                           |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख<br/>05-01-2019</p> | <p>Dr. Hari Shanker Nag<br/>MBBS, MSc (ORTH)<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>हस्ताक्षर की जायज डॉक्टर का नाम और रजि. नं.</p> | <p>Shib Sankar Bagchi<br/>Director<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>हस्ताक्षर की जायज अधिकृत अधिकारी</p> |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

|                                                      |                                                      |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यायी हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यायी हस्ताक्षर 2</p> |
|                                                      |                                                      |