

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/11119/2025 अवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 8/11/2019 अवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: CHAMANA BIBI अवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 63	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ESTA KIL MATHAL पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KUNCHEMARA, DERALAYA, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSEWIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत प्रस्तुत करें)		
PAM No. क्या है/संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न 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 अवेदक के साथ संबंध
1.	CHAMANA BIBI	63	F	SELF
2.	NEETAR ALI	66	M	HUSBAND
3.	MOJALEM HONDAL	31	M	SON
4.	SAIFUDDIN HONDAL	29	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसपोसा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)			
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 तो गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **অবেদনকারী প্রত্যক্ষ ঘোষণা করা:**

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ रूप से स्थापना दिला "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं है, इस धर्म का जोड़िका या सहाय विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/योग्य कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach DO NOT)

- 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/post-up/produce 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 का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और कोई भी विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" ब्लॉग, पत्रिका, वेब, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी प्रसारणों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण और हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार की सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोई-भी विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित करने के लिए सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आगे बढ़ते हैं तो हमें यह भी ध्यान रखना पड़ेगा कि



AGREEMENT by HOSPITAL (स्वास्थ्य इकाई करण)

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.
- 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.

इससे अतिरिक्त, इस्लामाबाद की ओर से सफायेरुहेनी को "कोरिनाम फाजल-ए-हाक" से मिलित सजाया हेतु निर्णयों को खारिज है, जिसे हम (समाचार) निम्न प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संज्ञाति

Dr. Hari Shanker Nag
M.D.S. MS. (OPHTH)

Susana Eye Foundation
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)

आम्र का रस व हस्ताया व पत्रि व

Shree Sankar Bagchi
Director
Surgical Eye, Cataract & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

मनुष्य म मरुद हस्तगतत अभिभूत अभिभूतः

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग केवल

SIGNATURE of TRUSTEE 1
स्थानी इश्वर 1

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 पञ्चमः धर्मा 2

1218