

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.: K/1219/2787  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 26/12/2019  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SK SAMSER  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

71

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GUL MOHAMMAD  
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

USANI GOLABATI SERH PARA, HOWRAH,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्पष्ट खाल छोड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No  
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | SK SAMSER                                         | 71                         | M              | SELF                                            |
| 2.                     | WIFE SK                                           | 38                         | F              | WIFE                                            |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए निम्न आधार

|                                                                                                              |                                                                                                                   |                                                                                            |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे मरे निम्न का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS — CATARACT — LE                                                                     |
| 2.                     | SURGERY — LE (SCS + TOL)                                                                      |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोतों से लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE<br>हो 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या अलग दिनांक किसी अन्य सोर्सिसे/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले 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 its Trustees to use/publish/put-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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवित्ति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माली, दान, वाचनादि द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पत्रों या पत्रों के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में माली अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इकाया नहीं बदला। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उद्देश्य के लिये माली और वाचनादि द्वारा प्रकाशित 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य नहीं है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी के लिये मांगी जा रही है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/अलग हेतु मांगी जा रही है तो अस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पर उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता के लिये सिफारिश कर रहा हूँ। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही मैं हस्ताक्षर या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अलग करने को जारी रियेण्डरी रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या रियेण्डरी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                  |                                                                                                                                           |                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>26/12/2019 | Dr. Hari Shankar Nag<br>MBBS, MS, MCh (TH)<br>Reg. No. 10000<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ पर | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2<br> |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|