

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/0120/3100
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 7/1/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: FARIDA KHATOON
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 61
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MOHAMMAD TAHIR
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान वास्तव्य पता

RAZI PARGA ROAD, NEHA BASTI, GARYA KPORE,
NORTH 24 PARGANAS 700120, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वास्तव्य पता

AS ABOVE



OCCUPATION: COOK
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. नहीं छात्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 आवेदक से क्या संबंध
1.	FARIDA KHATOON FARIDA KHATOON	61 33	F F	SELF DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्ने बने विनती का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (ST + TOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **महोदय हउ भेवता वतः**

- 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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पाया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो निम्न की राशि का पूरक प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach the will)

- 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/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 प्रश्न का उत्तर इसलिए देना आवश्यक है, क्योंकि "कॉशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत बाजार है कि वे आप का नाम, पता और फोटो इस प्रश्न में शामिल है, इसे "कॉशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित करने के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का उत्तर देना आवश्यक है, क्योंकि "कॉशिका फाउंडेशन" का प्रचार प्रसारण के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे आप का नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रचार के माध्यम से प्रकाशित है कुछ बाजार: बाजार का प्रचार नहीं करता। इस मामले में "कॉशिका" द्वारा प्रकाशित या प्रसारित की जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनुसूचित जाति के छात्रों को छात्रवृत्ति का निर्धारण



AGREEMENT by HOSPITAL (PRINT OR TYPE)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate for financial assistance from Koshika Foundation, we (Donor(s)) 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, राजधानी की ओर से भारतीय/देशी को "कोशिका फाटनेवाला" से विविध सजाया हेतु रिफरिया की जाती है, जिसे इन (हमपात) दिन प्रवास से मान्य व अतीव्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित सहायता किसी भी सरकारों संस्थापन या किसी अन्य संस्था के साथ संबंधों के साथ संबंधों के संबंध में है, जैसे कि इनमें "कोशिका भवन-न्यायालय" से निवारित/निवारित रूप से संबंध में "कोशिका भवन-न्यायालय" द्वारा प्रदत्त है। यदि "कोशिका भवन-न्यायालय" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो यह सहायता किसी अन्य भी सरकारों संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस विधि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर न्यायालयों द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता या किसी अन्य संस्थापन के साथ संबंधों के संबंध में है।
2. "कोशिका भवन-न्यायालय" को भी न्यायालय के रूप में विहित प्रदान की है। ऐसी या इसका द्वारा ही न्यायालय का विवेक न्यायालय/न्यायालय का भुगतान ऐसी एवं इसका न्यायालय का विवेक न्यायालय है और "कोशिका भवन-न्यायालय" द्वारा किसी प्रकार का कोई भुगतान नहीं है। इसविषय इसका में ऐसी के द्वारा न्यायालय और न्यायालय को न्याया विवेक/ऐसी ऐसी एवं इसका न्यायालय को न्यायालय और "कोशिका" को कोई भुगतान या विवेक/ऐसी इस संस्था में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के शिखर संभवति

Date of Surgery अर्पण का दिनांक 7/1/2020	Dr. Nalinakshi Karan MBBS, DGO, GNB Reg. No. 69729 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेफा व रजि. नं.	Dr. Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तेफा अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तेफा 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तेफा 2 	