

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0224/1245		APPLICATION DATE : 29/02/24 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		SAMIM BANU		AGE-YEARS आयु-वर्ष 45	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम		SAHADAT HOSSAIN			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 82 J. PILJALA ROAD, KOLKATA, GOBINDA KHATIR ROAD, KOLKATA 700046, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : व्यवसाय		HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		6000 x 12 = 72,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. सवाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन रखें)					
Yes / No हां / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
1.	SAMIM BANU	45	F	SELF	
2.	SAHADAT HOSSAIN	56	M	HUSBAND	
3.	ISRAT ISEKUM	35	F	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियमित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/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 हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED करी गई सहायता धरती		

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 प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवाद एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहमति दलित "कॉलेजियल फॉर्म-ड्रॉपिंग", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि निम्न सहमति दलित यह प्रार्थना की गई है, उस दलित का अतिरिक्त या समकाल विमर्श किसी अन्य छात्र/निर्वाचक/योग्य कर्मचारी से न हो सके है और न ही भविष्य में सुनिए।

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/vput-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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं “कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों” को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे “कोशिका” एण्ड न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और प्रयत्नशक्तियों को लिये किसी भी प्रकार वाध्यता से इस्तेमाल करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए “कोशिका फाउंडेशन” या न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में “कोशिका” एण्ड उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आलेख को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

محمّد باقر

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.

हमारे अधिकांश हमलावरों भी और से सामर्थ्यशाली को "कोशिका फायनेंस" से क्लिष्ट महाकाय को निश्चारेण को जाली है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित साधना किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य शक्ति से उक्त ऐंगी/मामले में लगे या हो गई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिपारिटाइज्ड उक्त के समक्ष में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पद से तृती कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा साधना विनियम शासिका/मामले हेतु मन्त्र नहीं किया जाय है तो सम्पत्ति किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से साधना लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति द्वितीय पद उक्त ऐंगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तीनों साधना केवल विहित प्रकृति को है। ऐंगी पर सम्पत्ति द्वारा तीनों साधना या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का पुनः ऐंगी एवं सम्पत्ति के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसीलिए सम्पत्ति में ऐंगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारी बिम्बेण्टी ऐंगी एवं सम्पत्ति को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या बिम्बेण्टी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

09/02/24

डाक्टर का नाम ये हमलावा जहीर न

SA. नाम. व. गृह. प्रमाण. वि. शि. श. अ. शि. श.

अन्तरिक उपयोग हेतु

न्यायसौ इत्युत्तरम् ।

मागील महिन्यात २