

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0224/1284		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 14/02/24		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम SHAHARBANU BIBI MOLLA		AGE-YEARS : आयु-वर्ष 64	SEX : लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम HANIF MOLLA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता RAMPUR , NORTH TWENTY FOUR PARGANAS , 743329 , WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION : व्यवसाय TEA SHOP		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 1500X12 = 18,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. : सर्वोच्च खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 आवेदक के साथ सम्बंध
1.	SHAHARBANU BIBI MOLLA	64	F	SELF
2.	HANIF MOLLA	63	M	HUSBAND
3.	ASMUT MOLLA	36	M	SON
4.	SABEDA KHATUN	31	F	DAUGHTER
5.	AMINUDDIN MOLLA	28	M	SON
6.	SAIMA KHATUN	24	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे कार्य निम्नी 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 (SIOS + 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 वही गई सहायता राशी		

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 प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कानून अनुसार प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता जहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", को ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में पूछा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्नपत्र भेजा गया है उस राशि का अतिरिक्त या समकल हिसब किसी अन्य स्वास्थ्य/रोजगार/बिमा या अन्य सहायता/व्यापक कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 प्रश्नपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्मरति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्नपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्बु ग्राहकों, दान, प्रकाशक वृत्तों उद्देश्य से लुट्टी प्रतिनिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे प्रश्नपत्र को पढ़ने या कर से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रुस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से स्मरति हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि स्वास्थ्य के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बु इसके त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

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

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:

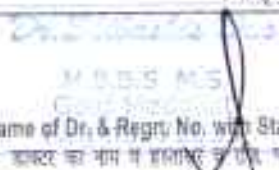
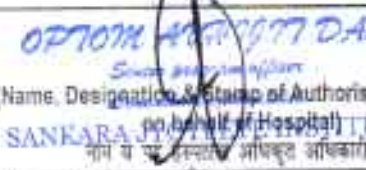
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश को करता है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उका रोगी/रोगीन में ली जा सके रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अतिरिक्त/सकल हेतु संभव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगीन सहायता या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल डिग्रीन करत उका रोगी/रोगीन हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्ति प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा से गई प्रकृति या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज चुनना और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति जो, लिए संभवुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/02/24	 (Name of Dr. & Regis No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ १	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARAJI HOSPITAL नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
