

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0224/1305

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

21/07/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम:

NURJEMA BIBI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम:

NAZRUL ISLAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

RAMNAPARA, KOLAN RADHAKANTAPUR,

MURSHIDABAD 742123, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

TEA STALL

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

3000X12 = 36,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थाई 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 / हाँ

No / 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.	NURJEMA BIBI	56	F	SELF
2.	NAZRUL ISLAM	57	M	SON
3.	SONARUL ISLAM	23	M	SON
4.	SAMIRUL SELIM	18	M	SON
5.	AFRUA BIBI	14	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनित आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबों रेशा के साथ 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)

उपभोग्य कार्ड

(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गुण निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से कर्तृ को गई प्रतिवेदन युक्त संलग्न

1. DIAGNOSIS — CATARACT — LE

2. SURGERY — LE (SIOS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिए गया है?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

कौी 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 प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच मानने पर भ्रम उत्पन्न होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन" को ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र भरा जा रहा है, उस पर किसी भी अतिरिक्त या संलग्न किसी अन्य प्राधिकारिक/वैद्यकीय कम्पनी से न तो किया है और न ही भविष्य में किया जायेगा।

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 it's 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ कील छापकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, पत्रिकाओं में कुछी विज्ञापितियों और वितरितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाके के रहने वाले या काम में आने वाले लोग "कोशिका फाउन्डेशन" से जासूसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं पत्रिका, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह इसकी नियमित और साप्ताहिकी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ कील का चिह्न

**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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/पेशी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती 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 भी प्रकार से समर्थन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मांगी जायेगी या तो रहेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता के लिए प्रपत्र भरा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी भी तरह से वित्तीय सहायता हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अन्य जाने को सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई सुझा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

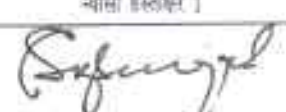
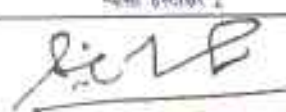
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/02/24	 Dr. Subhash Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर/डॉ. सुभाष दास, एम.बी.बी.एस.	 OPTOM. ANSHU TI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ऑप्टोम. अंशु तिवारी, एम.एस.सी.
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आसो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आसो हस्ताक्षर 2 
--	---