

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. आवेदन संख्या : K/0224/1332		APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 25/02/24			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : RABIYA BIBI		AGE-YEARS वर्ष-वर्ष : 74	SEX लिंग : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/हस्ताक्षर का नाम : MOHAMMAD GAZI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : SHRIDHAR KATI, UTTAR PARA, MALEKANGHUMTI, NORTH 24 PARGANAS 743439, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता : — AS ABOVE —					
OCCUPATION व्यवसाय : HOUSE WIFE			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : 6000 x 12 = 72,000/-			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. यदि 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 चिह्न दें।) Yes / हाँ / No / नहीं : No					
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 सम्बन्ध	
1.	RABIYA BIBI	74	F	SELF	
2.	LATE MOHAMMAD GAZI	79	M	HUSBAND	
3.	SALMA KHATOON	35	F	DAUGHTER	
4.	ABU GAFFAR GAZI	74	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नलिखित आधार :					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट्स/प्रीस्क्रिप्शंस से जोड़ी गई डॉक्टरों की 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 लिय गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 कर्ता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि झूठे विवरण एवं कथन असाध्य प्राप्त कला है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता की जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस राशि का अधिक या समकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्ता)

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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, वाचना/य पुस्तकें उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा उद्देश्य जो विवरण मेरे हस्ताक्षर के पश्चात् या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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.

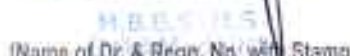
इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मजबूत/पुष्टि की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अशिका/सफल हेतु, यन्तुर नहीं किया जात है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो गैर सहायता संकल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई चुम्बिका या जिम्मेदार ही सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

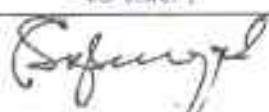
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 29/02/24	  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम के हस्ताक्षर के साथ 3	 OPTOM ARUNJIT DAS Senior Assistant (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

