

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building block of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या : W/0224/1343		APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 26/02/24		 	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : MEMOON NEESA		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 61			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्ब का नाम : MD. SAMIM		SEX लिंग : F			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : 097/H, A.P.C. ROAD, RAJA RAM MOHAN SARANI, KOLKATA 700009 WEST BENGAL		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता : — AS ABOVE —			
OCCUPATION व्यवसाय : HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : 5000X12 = 60,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)			
PAN No. स्थाई आयकर संख्या :		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आयकर दाता हैं (जो कल्प हो उस पर सही का निशान लगाएं) : Yes / No हां / 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 सम्बंध	
1.	MEMOON NEESA	61	F	SELF	
2.	LATE MD. SAMIM	92	M	HUSBAND	
3.	RAFTARN	45	F	DAUGHTER	
	SABNAM MUKTAR	90	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नलिखित आधार					
RPL Card (Attach Card Copy) राश्वरी रिकार्ड 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) रेशियन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विमर्श का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पत्र 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 ले गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एकांक असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो या प्रकट हो।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य को पूर्ति के लिये विशुद्ध उपयोग, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रकरण को दर्ज है, उस राशि का अवशेष या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धन/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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.
- 3) इस प्रार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एकत्रित करने, दान, वसूली या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे इलाज की चर्चा या करने या करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है, उसके अलावा, सहायता का हकदार नहीं बनूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एकत्रित करने के लिये अधिकृत और अधिकृत होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली की छाप

**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 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 सम्प्रेषित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मांगी में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश तक के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी/सकारात्मक हेतु मांग नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य स्रोत या सकारात्मक सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल डिग्री पर उचित होगी/मांगी हेतु किसी भी सकारात्मक सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लगे/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई चर्चा या निर्णय के आधार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने को सही निम्नकारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

26/02/24

HBBB MS
GUD Malist
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

जन्म व नं. हस्ताक्षर/संकेत अधिकारी

SANKARAJYOTI INSTITUTE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
स्थापक हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
स्थापक हस्ताक्षर 2