

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)

Koshika
foundation

Building hope at life

APPLICATION No.
आवेदन संख्या

K/0225/1034

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

14/2/25

NAME of APPLICANT
आवेदनकर्ता का नाम

NOOR JAHAN BEGAM

AGE YEARS Yrs. Yr

59

SEX (Sex)

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/पत्नी का नाम

BASIR MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

CHENGALI BATABAKHIALI
HOWRAH 711308
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION
व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

5000 X 12 = 60000

Income Proof of Income
(आय का प्रमाण प्रस्तुत)

PAN No. प्राप्त किया गया

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उसे का सही का निशान लगाएं)

Yes (हां)

FAMILY DETAILS (परिवार का विवरण)

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता के साथ संबंध
1.	NOOR JAHAN BEGAM	59	F	SELF
2.	BASIR MONDAL	71	M	HUSBAND
3.	NOOR HASAN	40	M	SON
4.	KUTUBA BEGAM	37	F	DAUGHTER
5.	NOOR ISLAM MONDAL	32	M	SON

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनियमन

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सहायता प्राप्त के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएस ईएस का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Pension Card (Attach Copy) पेंशन कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof कोई और प्रमाण
--	---	---	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किए गए विनियमन का उद्देश्य

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से प्राप्त की गई प्रतिवेदन प्रमाण पत्र
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES
एक उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किया गया है/किया जा रहा है/किया जा रहा है

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सहायता का स्रोत	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED को कितनी सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- I hereby confirm that all details stated above are true to the best of my knowledge. Any false information will render my application & ongoing assistance, if any, liable for rescission/termination.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other insurance/employment/insurance company, of the amount for which the assistance is requested.
- मैं यहाँ स्पष्ट रूप से यह पुष्टि करता हूँ कि ऊपर बताए गए सभी विवरण सच हैं। कोई भी झूठा विवरण मेरी आवेदन पत्र और मेरी सहायता को रद्द करने का कारण बन सकता है।
- मैं यहाँ स्पष्ट रूप से पुष्टि करता हूँ कि मैंने और भविष्य में मैंने कभी भी किसी भी अन्य बीमा/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है, उस राशि का पूरा या आंशिक रूप से वापस लेने का प्रयास नहीं किया है।
- मैं यहाँ स्पष्ट रूप से यह पुष्टि करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी अन्य बीमा/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है, उस राशि का पूरा या आंशिक रूप से वापस लेने का प्रयास नहीं किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/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 work/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.
- 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 on my application and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and irrevocable.
- यदि मैंने इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाई है, तो मैं (आवेदक) यहाँ स्पष्ट रूप से सहमत हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" को मेरी नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी देना, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है, को संचालित करने के लिए सक्षम है। इस "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किया गया प्रचार/प्रसारण के माध्यम से, जिसमें मुझे सहायता मिल रही है, को संचालित करने के लिए सक्षम है। इस प्रकार, मैंने अपनी छवि और विवरण का उपयोग करने से पहले या "उद्देश्य" को पूरा करने के बाद, "कॉशिका फाउंडेशन" को मेरी छवि और विवरण का उपयोग करने की अनुमति दे दी है।
- मैं (आवेदक) और स्पष्ट रूप से यह पुष्टि करता हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को किसी भी अन्य बीमा/रोजगार/बीमा कंपनी से वापस लेने का प्रयास नहीं करना। इस संबंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किया गया प्रचार/प्रसारण को संचालित करने में मेरी सहायता का उपयोग नहीं करना। इस संबंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किया गया प्रचार/प्रसारण को संचालित करने में मेरी सहायता का उपयोग नहीं करना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

बुद्धिजीवन दास

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the case/patient to Trustee's assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another hospital 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 source (NCO or any other source).
 - This assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the appropriate procedure is exercised/decided by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and 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 this matter.
 - इसके अतिरिक्त, हम यहाँ स्पष्ट रूप से यह पुष्टि कर रहे हैं कि "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता माँगी बिना किसी भी अन्य बीमा/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता माँगी है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतरिक्ष/रोगी को अन्य स्रोत (NCO या कोई अन्य स्रोत) से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
 - यह सहायता "कॉशिका फाउंडेशन" से केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का प्रयास रोगी के बीच रोगी और हॉस्पिटल के बीच है, जो "कॉशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है। उपचार/प्रचारण के माध्यम से, जिसमें रोगी को सहायता मिल रही है, को संचालित करने के लिए सक्षम है। इस प्रकार, मैंने अपनी छवि और विवरण का उपयोग करने से पहले या "उद्देश्य" को पूरा करने के बाद, "कॉशिका फाउंडेशन" को मेरी छवि और विवरण का उपयोग करने की अनुमति दे दी है।
 - हॉस्पिटल को सहायता माँगी बिना किसी भी अन्य बीमा/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता माँगी है। उपचार का प्रयास रोगी के बीच रोगी और हॉस्पिटल के बीच है, जो "कॉशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है। उपचार/प्रचारण के माध्यम से, जिसमें रोगी को सहायता मिल रही है, को संचालित करने के लिए सक्षम है। इस प्रकार, मैंने अपनी छवि और विवरण का उपयोग करने से पहले या "उद्देश्य" को पूरा करने के बाद, "कॉशिका फाउंडेशन" को मेरी छवि और विवरण का उपयोग करने की अनुमति दे दी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
(स्वीकृती के लिए अनुमति)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/02/25

Dr. S. S. D. Das
D. ENT
(Name of Dr & Regn. No. with Stamp)
डॉ. एस. एस. दास (नाम और रजि. नं.)

[Signature]
Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
हॉस्पिटल के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम, पद और मुहर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(आवेदक द्वारा)

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
(आवेदक द्वारा)

[Signature]