

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/0226/2343
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE: 06.02.2024
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: SAHIDA BEGUM
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष 55
SEX लिंग FFATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD ASRAF
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता

3/20 NARKELEDANGA MAIN ROAD,
KOLKATA-700011, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: TAILOR
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 30000 x 12 = 36,000/-
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी 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 निशान लगावें)Yes / No
हाँ / 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 संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1 | SAHIDA BEGUM | 55 | F | SELF |
| 2 | MD ASRAF | 52 | M | HUSBAND |
| 3 | NEHA ASRAF | 26 | F | DAUGHTER |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश का पौचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|--|---|---|--|
| | | | |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती 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) = SICS + IOL |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे पड़े सहायता राशी |
|------------------------|---|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदाता द्वारा कर्तव्य 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 यहाँ पर कतब हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतब करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली जा रही है, जल्दा उपलब्ध उम्मीद उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये दिनांक, जो इस प्रपत्र में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ पर कतब हूँ कि किसी सहायता हेतु या उद्देश्य को मैंने, इस सहायता का अर्थिक या सहायता विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न माँगा है और न ही भविष्य में माँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदाता द्वारा कर्तव्य)

- 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 अंगूठे को दण्ड लगाकर, मैं (अर्शदाता) अपने नाम की मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में शामिल हैं, जो "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा उपलब्ध होने से पहले या बाद में मेरी सहायता के लिये जानकारी को प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का निरस्त हो जाने का कारण यह हो सकता है कि "कोशिका फाउन्डेशन" या अन्य स्रोतों से सहायता मिले।
- 2) मैं (अर्शदाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का निरस्त हो जाने का कारण यह हो सकता है कि "कोशिका फाउन्डेशन" या अन्य स्रोतों से सहायता मिले।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शदाता का हस्ताक्षर या अंगूठे का निरस्त



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्तव्य)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर हमारी "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का उद्देश्य रखते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता माँगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने अर्थिक अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हमें स्पष्ट करना चाहिए कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता माँगे हैं और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने का कोई दावा नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने को सही निदान हेतु एवं हस्पताल की शक्ति और "कोशिका" की कार्य प्रणाली से निर्यात इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

| | | |
|--|--|--|
| <p>Date of Surgery अर्शदाता की तारीख</p> <p>06.02.2026</p> | <p><i>Dr. Shikhar Das</i> M.B.B. M.S. (Ophthalmology) (H)</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर का रजि. नं.</p> | <p>Optom Ashjit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|--|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|--|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p> |
|--|--|