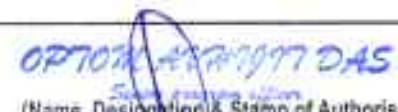
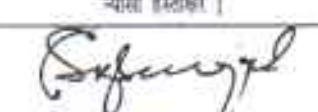


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: KD324/1378		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 8/03/2024			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: AYESA KHATOON		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 53	SEX / लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम: AKHTAR HUSSEN					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: 77/9 NARKELDANGA NORTH ROAD, NARKELDANGA KOLKATA, TAMIL, WEST BEENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: SAME AS ABOVE					
OCCUPATION / व्यवसाय: COOK			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 4000 X 12 = 48000			(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. / स्थाई 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 लगाएं): 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 से संबंध	
1	AYESA KHATOON	53	F	SELF	
2	AKHTAR HUSSEN	65	M	HUSBAND	
3	MD. TABRAN	35	M	SON	
4	MAHJABEEN	27	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार:					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे गये निशानों 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 (SIUS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED से 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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं तथ्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये 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-प्राप्त का अविवेक या प्रत्युत्पन्न किसी अन्य स्रोत/निर्भोजक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में लूगा।	
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 या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में धीरित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, वाचनायक दुर्लभ उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में धीरित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान	
	
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.	
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/रोगी 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 और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जाये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को सिफारिश/प्रतिश्रुति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रपत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अविवेक/प्रत्युत्पन्न हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय भरण उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" को ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई वित्तिक या जिम्मेदारिता इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery अंग्रेज की तारीख 8/03/2024	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व अंग्रेज व राज. नं.  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 