APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

Koshika foundation
Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या	K/0325/2047
APPLICATION DATE आवेदन तिथि	01/03/25
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	PARVEEN BEGUM
AGE-YEARS आयु वर्ष	61
SEX लिंग	F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम: AKHTAR HUSSAIN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
9/E, TOPSIA, 2ND LANE, TILJALA,
SOUTH 24 PARAGANAS, 700039, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : यदि आवासीय पता
AS ABOVE

OCCUPATION व्यवसाय	HOUSE WIFE
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	3000 x 12 = 36,000/- (Attach Proof of Income आय का प्रमाण संलग्न)
PAN No. पैन/ रेफरेंस संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आयकर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)	Yes / हाँ No / 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 सम्बंध
1.	PARVEEN BEGUM	61	F	SELF
2.	AKHTAR HUSSAIN	65	M	HUSBAND
3.	SAHIN BEGUM	40	F	DAUGHTER
4.	TAREK HUSSAIN	35	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थ अशक्त वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य

Sr No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक/डॉक्टर से जारी की गई चिकित्सा सम्बंधी संलग्न
(1)	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
(2)	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया जा रहा 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 :-

1.) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge and belief. I understand that in case any Applicant is found guilty of misrepresentation, his/her application is liable for rejection/cancellation.

2.) I solemnly confirm that assistance, if sanctioned from Koshika Foundation, will be used only for the purposes, 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 दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी एवं अनुमान भाव तक सही है। यदि कोई आवेदक गलत तथ्य प्रस्तुत करता है तो उसका आवेदन निरस्त की जा सकती है।

2. मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से यदि यह सही है, सम्बंधित इसी प्रपत्र को प्रयोग की पूर्ति के लिए प्रयोग में लाया जाएगा।

3. मैं पुनः घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र भरा गया है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण रूपेण किसी अन्य संस्था/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से मैं न लिया हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT आवेदक द्वारा करार :-

I, By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/distribute/pull-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 fulfilment 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 my case/ 'purpose' for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision on granting, rejection and continuing the assistance will rest solely with the "trustees of Koshika Foundation" and their decision in this regard will be final and binding.

1. मैं फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि [illegible] को अधिकृत करता हूँ कि वह मेरे नाम, पते और उस उद्देश्य का फोटो व विवरण, जिस "कोशिका" नाम खातें, हेतु सहायता मुहैया करवाई जा रही है या दी गई है, का उपयोग/वितरण/प्रकाशन [illegible] के लिए किसी भी माध्यम [illegible] के लिए अधिकृत है। यह माध्यम मौखिक या प्रकाशन या इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से हो सकता है। मेरे फोटो व विवरण का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा किया जा सकता है।

2. मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के कि आवेदन के उद्देश्यों के लिए [illegible] का उपयोग यदि सहायता का प्रबंधन या "कोशिका" नाम खातें अवधियों का नियंत्रित अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL अस्पताल द्वारा करार :-

By affixing name/under signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient to Koshika 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 affirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same case/purpose from any other NGO or any other source.

2.) that assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure and/or doctor/consultant for the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and in no way, shall/can be 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 this matter.

[illegible] अस्पताल की ओर से फाउंडेशन को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस [illegible] प्रपत्र पर हस्ताक्षर से पहले वे निम्नलिखित को स्वीकार करते हैं:

1.) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से [illegible] ले रहे हैं, जैसा कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीयसहायता प्राप्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा यह हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा [illegible] अनिवार्यतया हेतु स्वीकृत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता राशि का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में यह बात [illegible] है कि अस्पताल द्वितीय व्यक्ति एक ही रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से कोई अन्य सहायता नहीं लेगा।

2.) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार [illegible] किस डॉक्टर/कंसल्टेंट का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये अस्पताल ही रोगी व उसके परिवार और साथ ही उपचार की पूरी जिम्मेदारी लेगी एवं अस्पताल का होगा और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख		
01/03/25	Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S Gold Medalist Reg no. 70515 (Name of Dr. with specialty, stamp) डॉक्टर का नाम, विशेषज्ञता, मोहर	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) [illegible]

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

10.03.2022