APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

Koshika Foundation
Building shoes of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: K/0325/2049

APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 01/03/25

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: HAMIDA BEGUM

AGE-YEARS आयु वर्ष: 65

SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम: SAYEED AHMED

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
5H/9, BIBI BAGAN LANE, KOLKATA,
MUNICIPAL CORPORATION, TANGRA, 700015,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता:
AS ABOVE

OCCUPATION पेशा: MAID

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 3500 X 12 = 42,000/- (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): YES / NO
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगायें): Y / N

FAMILY DETAILS पारिवारिक विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) आयु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	HAMIDA BEGUM	65	F	SELF
2.	SAKIL AHMED	40	M	SON
3.	SAMIM AHMED	38	M	SON
4.	SARFARAZ AHMED	35	M	SON
5.	SAKILA BEGUM	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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 विनती का प्रयोजन

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक डॉक्टर से जारी की गई रिपोर्ट/दवाई 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 गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT

I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will invalidate my Application & ongoing assistance, if any, I am for rejection/cancellation.

I hereby confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purposes as stated in this Form, for which such assistance is 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 source/employer/insurance company, of the amount for which the assistance is requested.

मैं पुष्टि करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी में अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई मिथ्या कथन पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका पात्रदान" के लिए जो भी, प्राप्त सहायता राशि केवल इसी प्रपत्र में दिए गए उद्देश्य के लिए ही प्रयुक्त होगी।

मैं पुष्टि करता हूँ कि राज्य सरकार/केंद्र या प्रत्यक्ष रूप से या अप्रत्यक्ष रूप से किसी अन्य स्रोत/कर्मचारी/बीमा कंपनी से मैं यह सहायता राशि का दावा नहीं करूँगा/करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/photograph/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/requirements. 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.

I, the Applicant, further agree that any such use of my name, address, photo & details as mentioned above will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision of the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and binding on me.

मैं, इस पत्र के अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं कोशिका पात्रदान और उससे संबंधित गतिविधियों के लिए कोशिका फाउंडेशन एवं उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वह मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है, उस "कोशिका" एवं सहमति, राशि प्राप्तकर्ता द्वारा प्रयोजन या इस संबंधित जानकारी का प्रकाशन के लिए किसी भी प्रकार माध्यम में जिसमें किसी भी सीमित नहीं है मौखिक, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक के लिए अधिकृत है। यह प्रयोग का विवरण की हमारे के पहले के बाद में करने के लिए "कोशिका पात्रदान" के लिए अधिकृत है।

मैं, आवेदक, इस बात से सहमत हूँ कि ऐसे किसी प्रयोग, फोटो और विवरण जो कि ऊपर के अनुसार में वर्णित है उसे मेरे सहायता का स्वचालित रूप से हकदार नहीं बनाएगा या संबंधित में "कोशिका" एवं उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

AGREEMENT by HOSPITAL

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 source(s) and/or 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 source(s) 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 Transplant Centre & Hospital, and / or the way / manner in which the Transplant is conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and / or the way / manner in which the Transplant is conducted 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.

हम, अधोहस्ताक्षरी, हमारी ओर से प्रस्तावित इस "कोशिका पात्रदान" के विशिष्ट मामले हेतु निम्नांकित की पुष्टि व स्वीकार करते हैं:

1. यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विशिष्ट मामले जिसमें हम सहायता राशि के लिए आवेदन कर रहे हैं, वैसे ही उद्देश्य "कोशिका पात्रदान" के निमित्त किसी स्रोत के संबंध में "कोशिका पात्रदान" द्वारा स्वीकृत हेतु कि है, यदि "कोशिका पात्रदान" द्वारा प्रस्तावित किसी अंशित सहायता हेतु स्वीकृत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य माध्यम से प्रस्तावित राशि का भावांतर पूर्तिकर लेगा है। इस पुष्टि में यह भाव भी शामिल है कि अस्पताल पुष्टित: उसी उद्देश्य/मामले हेतु किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका पात्रदान" में जो भी सहायता प्रदान विशिष्ट प्रकृति की है। जैसे कि प्रत्यारोपण द्वारा की गई व्यवस्था या चयन का विवरण है और "कोशिका पात्रदान" द्वारा किसी प्रकार का कोई संबंध नहीं है। इसलिए अस्पताल ही उस के द्वारा पालन और उसके बाद की सभी जिम्मेदारी होगी एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery		
शल्यक्रिया की तारीख		
01/03/25	Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S (Name of Gold Medalist with Stamp) Reg no: 71036	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) अस्पताल की ओर से हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ट्रस्टी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ट्रस्टी हस्ताक्षर 2

10.03.2022