

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0325/2247	APPLICATION DATE: 19/3/25 आवेदन तिथी	19/3/25
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	MALEK ALI SHA	AGE-YEARS आयु-वर्ष	60
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम	MASLEM ALI SHA		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
MAHAMMADPUR, NILEUR, EAST MIDNAPORE,			
721631, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता			
— AS ABOVE —			

OCCUPATION: व्यवसाय	MEAT SHOP	MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	4000 X 12 = 48,000/-	(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 चिह्न लगाएं)		Yes / No हां / 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 सम्बन्ध
1.	MALEK ALI SHA	60	M	SELF
2.	ALIYA BEGUM	53	F	WIFE
3.	MURSEELIM ALI	29	M	SON
4.	AKKAR ALI	19	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विपत्ति 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 किये गये विपत्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
②	SURGERY — LE (STOL + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु 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 ले गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आर्षदेव द्वारा घोषणा है:

- 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 जाँचता करता हूँ कि इस प्रश्न पर दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसरण प्रत्यक्ष एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो सही महापत्रा निवेदन को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापत्रा दलित "कारितिक भाग्यशेखर", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न पर भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापत्रा दलित यह प्रार्थना को गाँव है, उस दलित का कारितिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य दलित/निधन/दलित/दलित/दलित से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (सहमतता प्रमाण पत्र)

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- 21 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 प्रश्न का उत्तर इस प्रकार का होगा-
 मैं (अश्वमेध) अपनी सभ्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, धन, वाहनवाहक इसके उद्देश्य में मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थिति के लिये किसी भी प्रकार का पत्राचार से इजाजत करने को तैयार अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इरादों के पहले से बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अश्वमेध) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे उत्तर, अभावता का प्रकाश नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

असंख्यता के सम्बन्ध में अंग्रेज़ों का निश्चय

✓ प्रतिफल प्रतिफल

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 this matter.

हमारे अधिपति, हरलक्ष्मी को और से सम्भारने लगे को "कॉरेक्टर फाउन्डेशन" से विशेष सहायता होत सिद्धाविश को जाती है, जिसे हम (हमसहज) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वातमान और न ही भविष्य में विहित कानूनना किसी भी सरकारों सम्बन्धन या किसी अन्य स्थापन से उत्पन्न होगी, यावत्ते में लोगों या से यह है, जैसे कि हमने "कोशिका कायबोलेन" से निवारण/विशेष उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका कायबोलेन" द्वारा भुगत हेतु कि है। यदि "कोशिका कायबोलेन" द्वारा वातमान विधि: अतिक्रम, वातमान हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य भी सरकारों सम्बन्धन या किसी अन्य सम्बन्धन से सम्बन्धन होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय मंच उक्त होगी, यावत्ते हेतु किसी भी सरकारों सम्बन्धन या किसी अन्य स्थापन से नहीं होगा/होगी।

2. "कोशिका फण्डेशन" से ली गई संशोधन कबल विशिष्ट प्रकृति की है। रोगी या इम्यूनल द्वारा दी गई संज्ञा या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इम्यूनल के बीच का विषय है जो "कोशिका फण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिए इम्यूनल में रोगी के इराबे सुरक्षा और माने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इम्यूनल की होती और "कोशिका" की कोई धनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

ऑपरेशन की तपसील

Dr. Shibashis Das

M.B.E.S M.S

Gold Medalist
(Name of Dr. & Seed No. with Stamp)

Reg. No. 1936
द्वितीय का समय व समझना व गति व

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

[illegible]

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो इत्यादि २

Safeway

hier