

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0424/0054**  
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **12-04-24**  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **SK ASLAM**  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS: **57**  
 आयु-वर्ष

SEX: **M**  
 लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **SK SULEMAN**  
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **2A/H/20 MIJALA LANE, BALLYGUNGE, KOLKATA, 700019 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**



OCCUPATION: **CARPENTER**  
 व्यवसाय

MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **6000 x 12 = 72,000/-**  
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
 (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **स्वास्थ्य 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  
 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 सम्बन्ध
1.	SK ASLAM	57	M	SELF
2.	ZARINA BEGUM	50	F	WIFE
3.	SK ISLAM	30	M	SON
4.	SK IREAN HUS	28	M	SON
5.	SAMEMA KHATOON	25	F	DAUGHTER
6.	CHANDNI KHATOON	32	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) मरीची रेशा 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) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु किये गये विनियम 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 (SIOS + 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 ली गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शेक द्वारा कलक 13)

- 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.
  - 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.
  - 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 यहाँक कलक हूँ कि इस कलक में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं प्रकट करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँक कलक हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस कलक में बतलवाया है।  
 3) मैं यहाँक कलक हूँ कि जिस सहायता हेतु यह अर्शेक किया है, उस लिये का व्यय/भुगतान या सुरक्षा कम्पनी/किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शेक द्वारा कलक)

- 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.
  - 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 कलक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासीयों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस कलक में बतलाया है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दूर, दूरस्थ/दूर सूची/इलेक्ट्रॉनिक से सूची/संचार/संचार के लिये किसी भी उपाय/समाचार से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे कलक का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासीयों अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्शेक) इस कलक से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं/पुष्टि करता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
 अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा कलक)

- 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:
- 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.
  - 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामलेखनीय 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 भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से एक रोगी/रोगीयों में होने का संभव है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित/अस्वीकार/निरस्त हेतु मन्सुख नहीं किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में उल्लेख किया है कि हमसबल द्वितीय मदद एक रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता संस्था वितरित/अस्वीकार की है। हमें पर हमसबल द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमसबल में रोगी के इलाज/उपचार और करने करने की जारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/4/24	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर/रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व. पर. हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी
---	--	--

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** (अन्तरिक उपयोग हेतु)

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