

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0424/0084
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 18.04.24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RUBAIDA KHATOON
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 80
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MD. REYAZUL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

844102, VASHTI, JIRWARA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION :
व्यवसाय : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय : 3000 x 12 = 36000/-

(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 चिह्न का निशान 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	RUBAIDA KHATOON	80	F	SELF
2	NABEEN SAFINA KHATOON	51	F	DAUGHTER
3	MD ASIK	48	M	SON
4	MD SAJJAD	44	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनयी 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 (SIP - 1101))

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 उसी गति सहायता यशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दारा घोषणा यतः

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य प्रमाण प्रस्तुत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलने वाली सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जा सकती है, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु या भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रकम प्राप्त करूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, दाय, वाचक/या दूसरे उद्देश्य से लुकी-छुपी विज्ञापन और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे हस्ताक्षर या छाप के बिना मेरे द्वारा या मेरे द्वारा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टियों अधिकृत हैं।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं और मेरा नाम "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा सहमत)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आवेदनकर्ता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए प्राप्त की जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियोजित उक्त रोगी के मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियोजित/अधिकृत/अनुमति हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल को सिफारिश/विनियोजित उक्त रोगी के मामले में अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करना कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सिफारिश/विनियोजित उक्त रोगी/रोगी के मामले में कोशिका फाउन्डेशन का कोई भी भूमिका नहीं है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश/विनियोजित उक्त रोगी के मामले में कोशिका फाउन्डेशन का कोई भी भूमिका नहीं है। इसलिए हस्पताल को रोगी के इलाज/उपचार और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>18/11/24</p>	<p><i>Dr. Sankar Das</i> M.B.B.S. D.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर</p>	<p><i>OPTOM SANKAR DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR DAS डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safaraj</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--