

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0424/0085
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 18.04.24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MAHJABEEN BEHUM
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 30 SEX F
वर्ष-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SK KAYUM
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: POALT, SOOTA 29 PERCHANKA

A3918, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: -AS ABOVE-

OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अनिवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 1000 X 12 = 12000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं छात्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)

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	MAHJABEEN BEHUM	30	F	SELF
2	SK KAYUM	36	M	HUSBAND
3	MAHJABEEN SK	3	M	SON
4	KABIR FATMA	2	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कितने 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे कौन-कितने का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन-कितने सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबाई एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार या कोई अन्य व्यक्ति किसी अन्य संगठन/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से मदद नहीं लेगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 fulfillment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् पत्रिका, दूर, साक्षात्कृत दूरसंचार, से दुसरी प्रतिष्ठानों और उपस्थानों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निरक्षण मेरी इलाज के चलते या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे ज्ञात: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके अधिकारी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

Mahin Khan B. Khan

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

- 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 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 the matter.
- हमने अधिकृत, हमसहारी की ओर से आवेदक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से प्राप्त होगी/करने में जाएगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त की घोषणा में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असफल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हमसहारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसहारा वित्तीय मदद प्राप्त होगी/करने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/करने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/प्रक्रिया हमारे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसहारा के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमसहारा में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हमसहारा की होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी प्राप्त करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>18/4/22</p>	<p><i>Dr. Subhan Uddin</i> M.D.B.S. S</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p><i>OPTIM... ATTORNS</i> S... .. SANKARA... ..</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक 1 हस्ताक्षर</p> <p><i>Sufyan</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक 2 हस्ताक्षर</p> <p><i>...</i></p>
--	---