

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 4/0424/ 0086  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 18.04.24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ISRAAT ARA  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 59

SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NISAR AHMED  
पिता/ससुरा का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 16B, GORDHAND ROAD,

780014, KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : COOK

MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)

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

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

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर चुकाते हैं (को कब्र हो उस पर सही का निशान 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.	ISRAAT ARA	59	F	SELF
2.	ABDUL KARIM	61	M	HUSBAND
3.	SHAHIDAT PARVIN	32	F	DAUGHTER
4.	ABDUL RAHIM	27	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

**"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.	GLAUCOMA - LE (SIS + IOL)

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 4/0424/ 0086  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 18.04.24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ISRAAT ARA  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष  
57

SEX लिंग  
F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

16B, GORDHAND ROAD,

740014, KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता

-AS ABOVE-

OCCUPATION : COOK  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 30000 x 12 = 360000/-  
कुल वार्षिक आय

(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 (को मध्य हो उस पर सही का निशान लगाए)

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 संबंध
1.	ISRAAT ARA	57	F	SELF
2.	ABDUL KARIM	61	M	HUSBAND
3.	SABAHAT PARVIN	32	F	DAUGHTER
4.	ABDUL RAHIM	27	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे करने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	GLAUCOMA - LE (SIG & IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा यः

- 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 मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य ज्ञान प्रमाण सत्य सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रत्येक की नहीं है, जब तक कि आवेदन या सहायता प्रदान करने वाले अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से या से किया है और न ही भविष्य में किया।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदनक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, सहायता/युक्त उद्देश्य में मुझे प्रोत्साहित करने के लिये उपयोग कर सकते हैं। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण मेरे प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रोत्साहित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उनके न्यायियों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अपने/उपस्थिति 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 गैर सहायकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से वसूली/प्राप्त की जाएगी या से ली जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश तक के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हस्पताल किसी अन्य गैर सहायकारी संस्था या किसी अन्य सहायकारी संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद तथा उपचार/सहायता हेतु किसी गैर सहायकारी संस्था या किसी अन्य सहायकारी संस्था से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज मुफ्त और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारियां इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>18/11/22</p>	<p><i>Dr. Subhash Das</i> M.B.B.S M.D. (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील नं.</p>	<p><i>OPTIM KUMARI DAS</i> Senior Nurse In-charge (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory SANKARMA DEHAI Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>