

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **U/0424/0099** APPLICATION DATE: **18.04.24**
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **SHAHIDA KHATOON** AGE-YEARS **75** SEX **F**
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान आवासीय पता**
11 ELLIOT LANE, PARK STREET, KOLKATA
700016 - WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS **स्थायी आवासीय पता**
SAME AS ABOVE



OCCUPATION: **HOUSE WIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **6000 X 12 = 72000/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. **स्वयं उल्लेखित** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगायें) 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.	SHAHIDA KHATOON	75	F	SELF
2.	MD. GILYASUDDIN	48	M	SON
3.	MD. SAHIMUDDIN	43	M	SON
4.	SAIRA KHATOON	40	F	DAUGHTER
5.	JARA KHATOON	37	F	DAUGHTER
6.	SEBANA KHATOON	34	F	DAUGHTER
7.	FARJANA KHATOON	30	F	DAUGHTER

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
	SURGERY - LE (5205 + 106)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियी जाय जहाँ से विनती प्राप्त की?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED सी गई 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 this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन सत्यता से भ्रम में गलतियाँ निरास को ख ख सकती है।
 - 2) मैं प्रपत्र में उल्लेख किये "उद्देश्य" का उपयोग, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है, के लिए ही होगा, जिसके लिए मैंने सहायता का अनुरोध किया है।
 - 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी, उक्त उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई भुगतान प्राप्त किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एन.डी.ओ. द्वारा, कर्मचारियों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए जानकारी भी प्रसारण करने में प्रयत्न करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निराकरण मेरे उद्देश्य के अंतर्गत या अंतर्गत न करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मेरे उद्देश्य के अंतर्गत से प्रसारण के लिए प्रयत्न में प्रयत्न करने के लिए "कोशिका" एन.डी.ओ. न्यासीयों को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) या कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निष्पत्ति उक्त के सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त हेतु कि है तो हस्पताल को सहायता के लिए सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में उल्लेख किया गया है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज प्रपत्र में उल्लेख किया गया है और उद्देश्य का अनुभव हेतु एवं इलाज के लिए का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने करने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/11/24	Dr. Sankar Das M.B.B.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज से लिए	OPTIMA ANAND DAS Senior Lecturer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 Safarj	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 S. K. S.
--	--