

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No.: K/0424/0104  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 22.04.24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: FIRUJA BIBI  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 54  
SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AJIBAR RAHAMAN  
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SHANKARGACHH DADPUR (N) 29 PARRODIA

793923, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. क्या छात्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर छात्र हैं (जो मान्य हो उस पर खी 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	FIRUJA BIBI	54	F	SELF
2	AJIBAR RAHAMAN	60	M	HUSBAND
3	MD. AHMED	28	M	SON
4	MD. HAFIZULLA	24	M	SON
5	TAMIRA BIBI	19	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे मने विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रविण्डन सूची संलग्न
	DIAGNOSTIC - CATARACT - RE
	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED की गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने के लिये झूठ बोलना या छुपावना आवश्यक है तो मैं भी सहमत निरस्त हो या स्वीकृति है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की मदद लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
  - (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 अंगुठी का निशान देकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, पत्र, साप्ताहिक पत्र, उद्देश्य से जुड़ी प्रचारिकाओं और जनताचार्यों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मैं इसका उपयोग करने के लिये या करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टियों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि माध्यम के उद्देश्य से प्रसारित है, उसके लिये: माध्यम का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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:
- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद माग कर रहे हैं।
- 1) यह कि न तो हमें अभी और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से मदद मागने में सक्षम होना है, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से मागने के लिये है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मागने की मदद हमें पूरी नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से मदद मागने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करना चाहते हैं कि माध्यम के उद्देश्य से प्रसारित होने वाले किसी भी प्रकार के विवरण का किसी अन्य माध्यम से नहीं प्रसारित होगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा ही नई सलाह या निर्णय लेना आवश्यक है। हमें स्पष्ट करना चाहते हैं कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी सलाह नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमें जो सलाह सुनायी जाएगी और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी हमें ही हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी सलाह या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>22/11/24</p>	<p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका का नंबर, र.</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> <p>OPTIMA ANJALI DAS SANKARAJI HOSPITAL</p>
--	---	--

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

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