

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. आवेदन संख्या: **K/0523/0141** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **07/05/2023**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **SARIFUL ISLAM** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **52** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम: **REBAKAT HOSSAIN**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

BAJITPUR, GHASLIA, DEGANJA, NORTH 24**PARAGANAS, 743423, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

RS. 4000 X 12 = 48000/-(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. जारी किया गया

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
1.	SARIFUL ISLAM	52	M	SELF
2.	SABINA BIBI	47	F	WIFE
3.	IMRAN SIDDI	25	M	SON
4.	FARAN SIDDI	21	M	SON
5.	QIDA SULTANA	17	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनोद 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 (SICS + IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली 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 फ़ॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कल्पन अथवा धांधला है तो सभी सहायता मिलने को जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए ही प्रयोग में लाया जाएगा।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 it's 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यूसी, एन, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण को इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यूसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यूसी के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

अमित कुमार शर्मा

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सामर्थ्य/रंगी 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 और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, केवल कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्ताव किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है तो हमें स्वतंत्र रूप से अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें स्वतंत्र रूप से उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेना/लेनी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए ही प्रयोग में लाया जाएगा।

कोशिका फाउन्डेशन से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए ही प्रयोग में लाया जाएगा। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें स्वतंत्र रूप से अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें स्वतंत्र रूप से उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेना/लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p><i>09/10/2023</i></p>	<p><i>Dr. Shibshis Das</i></p> <p>M.B.B.S. M.S. Gold Medalist</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रंगी, न</p>	<p><i>OPIONK ANAND DAS</i></p> <p>Senior Signatory Officer</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>SANKARA DEVI HOSPITAL</p> <p>नम के पर-अधिकृत अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यूसी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यूसी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>Safaraj</i></p>	<p><i>Shiraj</i></p>