

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No. **K/0523/0195** APPLICATION DATE: **21/05/23**  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **MD NASIM** AGE-YEARS आयु-वर्ष **68** SEX लिंग **M**  
आवेदक का नाम

FATHER/S/POUSE'S NAME **MD MOINUDDIN**  
पिता/पत्नी/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS, वर्तमान आवासीय पता  
**10/H/11 KB 2ND LANE, NARKELDANCA, KOLKATA 700011, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

**AS ABOVE**

OCCUPATION: **UNEMPLOYED** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: **NIL** (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. पान नं. खाली छोड़ें

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 चिह्न लगाएं): 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.	MD NASIM	68	M	SELF
2.	RAZIA KHATOON	63	F	WIFE
3.	MD NASIR	40	M	SON
4.	MD RASID	36	M	SON
5.	YASIN KHATOON	32	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 किये गए विनती 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 लिया गया है?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शिका द्वारा संभवतः पत्र)

- 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 यहाँ पर प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विना की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यथासंभव सच "अर्थिका फाउंडेशन" से ली जा रही है। इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रार्थना की नहीं है, उस प्रार्थना का अर्थिका या कसकाल-विषय किये अन्य संगठन/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शिका द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pul-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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रेषित है, इसे "कोशिका" एम्बुल्स, दवा, वाहन-दवा, दूरसंचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी इसका माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण को इस्तेमाल के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न त्रुस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है कुछ अन्य सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बुल्स इन्फॉर्मेशन का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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


अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा कराया)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रत्यक्ष/रोपी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार में मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनोद उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अर्थिका/वकालत हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या निर्णय उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और करने वाले की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 21/05/23	 <b>Dr. Shibashi Das</b> M.B.B.S. (S) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) शांति का चरण इलाहाबाद के रावे, 2	 <b>OPTOM ANURAGI DAS</b> Senior paramedical officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) <b>SANKARA HOSPITAL &amp; INSTITUTE</b> मेम वी पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (न्यासी हस्ताक्षर 1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (न्यासी हस्ताक्षर 2)
