

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: K/0523/0217 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 28/05/2023

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: HAZRA BIBI AGE-YEARS आयु-वर्ष: 53 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्भ का नाम: MOKBED MISTREE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
RAMPUR, DEHAMAKHALI, NORTH 24 PARGANAS  
743379, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता  
AS ABOVE



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

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

PAN No. स्वयं खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं। (कौ मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगाएं) Yes / हाँ  No / 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 की साथ संबंध
1.	HAZRA BIBI	53	F	SELF
2.	SAMUDUL MOLLA	60	M	HELS BAND
3.	HAKIM MOLLA	30	M	SON
4.	BABUSONA MOLLA	26	M	SON
5.	MARUF MOLLA	22	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु लिये गये विन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रजमतात/डॉक्टर से कारी की गई आवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + POL)

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

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

**DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा घोषणा कर):**

- 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 दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं, यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को वापस ली जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी जो मदद है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक को या न, अन्य स्रोतों का अर्थक या स्वयंसेवक विन्ना किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से वापस लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक 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 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या आंगूठे को छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एफएम न्यासीयों, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों में प्रकृत है पूर्ण सत्य, सहायता का हकदार नहीं बनता; इस सम्बंध में "कोशिका" एफएम न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्थक के हस्ताक्षर या आंगूठे का निम्न



**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.
- इसमें अधिकृत, इलाजकारी को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उच्च रोगी/मामले में होने का लो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी उच्च के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियत अधिकतम/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल, विनियमित मदद उच्च रोगी/मामले हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/उपक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे जाने को सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या बिबाधाएँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery अपरेसन की तारीख <b>28/05/23</b>	 <b>Dr. Shikha Das</b> M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ मुहर	 <b>OPTOM ANVANTI DAS</b> Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA NAYAK INSTITUTE नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

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

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