

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: **K/0523/0228**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **29/05/23**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **HASINA KHATUN**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **58** SEX लिंग: **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्र का नाम: **KAMAL GAZI**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: **64/H/3, BROAD STREET, BALLYGUNGE, 50, KOLKATA - 700019, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: **- AS ABOVE -**

OCCUPATION: व्यवसाय: **HOME MAKER**

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 कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No हा / नही

**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 का साथ संबंध
1.	HASINA KHATUN	58	F	SELF
2.	KAMAL GAZI	64	M	HUSBAND
3.	JULFIKAR GAZI	35	M	SON
4.	SIYARUL GAZI	30	M	SON
5.	RAHIMA KHATUN	26	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 किये गये विवेक 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 (SILICONE 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 जो गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें)**

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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ जोर से सहायता प्राप्त "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेती जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में धारा गया है।

3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस प्रति का अधिकार या समान हिस्सा किसी अन्य डॉ.विशेषज्ञ/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 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.

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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुरिष्ठ करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में धारित है, उसे "कॉशिका" एवम् अन्य, दान, वाचनाय दुसरो उद्देश्य से जुडो जाविबधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो फॉर्म का विवरण को इसल के पढने के बाद से करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से न्यारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से धारित है पुरिष्ठ जमा, सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण)**



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 को-जो से मामले/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) जो कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्त उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित अस्वीकार/नकार हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य से सरकारी सहायता या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुरिष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असहायता वित्तित प्राप्त उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2: "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेती गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है- रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान और अपने कानों को सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृती के लिए संस्तुति)**

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 29/05/2023	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR ANCHAL EYE INSTITUTE
--	---	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	