

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0524/0128
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 01/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AMIRON SHEKH
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष
54

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NAJIMADDIN SHEKH
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता
GHOSH PUR, SAMASPUR, HORDA, NORTH 24

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासीय पता
PARGANAS JASSOD, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. उपरोक्त खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो मध्य हो उस पर खड़ी 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.	AMIRON SHEKH	54	F	SELF
2.	KHALEK SHEKH	53	M	HUSBAND
3.	RULAMIN SHEKH	31	M	SON
4.	SAYRA BANUBIBA	26	F	DAUGHTER

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्नी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) यशवी रेशा के नीचे प्राप्त पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWB Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे को निम्नी 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 AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED सी र्था सहायता यसी

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं सत्य सहायता प्राप्त करना है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में कभी भी सहायता के लिये, उस राशि का पूर्णतः या एक हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिये 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृत्व" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् भ्रातृत्व, धन, सामग्रीय द्वारा उत्पन्न से जुड़ी परिस्थितियों को वितरित करने में लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रकाशित करने में लिये अधिकृत है। मेरे हस्त पर विवरण भी सहायता के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व भ्रातृत्व अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः सहायता या इच्छा नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भ्रातृत्वों का निर्णय अंतिम और सचकारणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे 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:
- 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/cases, 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/cases 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.
- इसकी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सार्वभौमिक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न हो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उच्च रोगी/रोगियों में होने या से हो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उपाय से सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असहमत हेतु मनुष्य की निम्न बात है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता के लिये अन्य सहायता से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस शर्त में सत्य सहायता है कि सहायता द्वितीय स्तर उपाय सिफारिश हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संभव विधिगत प्रकृति की है। जैसी कि हस्पताल द्वारा ही की जायता है किन गैर उपचार/प्रक्रिया या सुझाव देनी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई चक्र नहीं है। हस्पताल हस्पताल में जैसी कि सहायता सुझाव और मान्य करने की सभी जिम्मेदारी जैसी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>01/05/2022</p>	<p><i>Dr. Subrata Das</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व-संख्या व उद्दि. नं.</p>	<p><i>OPTOM ANUPAMA DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) SANKARA JYOTI HOSPITAL नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नर्सरी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नर्सरी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------