

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/052A/01A5
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 07/05/24
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SAKINA BEGAM
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
 55

SEX लिंग
 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SK GAFFAR ALI
 पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GHANASHYAMBAZI, HAORA - NITAI WEST

BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60,000
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी आय संख्या

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
 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 से संबंध
1.	SAKINA BEGAM	55	F	SELF
2.	SK GAFFAR ALI	62	M	HUSBAND
3.	SAHANARA BEGUM	30	F	DAUGHTER
4.	ADJIBUL ALI	26	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) संश्लेषण रकबा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे मंजूरि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से सही की गई प्रविष्टि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 AWAILED ती गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई भी झूठा बयान प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले तो उसे ही, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
 3) मैं गुर्रि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह व्यय नहीं है, उस लिये या अधिक या कमल डिमंड किया अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से व तो किया है और न ही भविष्य में किया।

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की गुर्रि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किये जायें, दूर, दूरदर्शन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यम से। इस प्रकार से मेरी छवि और विवरण का उपयोग मेरे उपचार के लिये या मेरे लिये मेरे लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये किया जाये। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित की गुर्रि नहीं की जायेगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित की गुर्रि नहीं की जायेगी। सहायता का इच्छा की बजाय इस सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किये जायेंगे या निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे 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 ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उपाय उपलब्धता के लिये या से जो है, बल्कि कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उपाय के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/रोगी हेतु प्रदान नहीं की जायेगी तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है कि सहायता वित्तीय मदद उपाय उपलब्धता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं उपलब्धता।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या निर्णय नये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इच्छा अनुसार और अन्य करने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी जिम्मेदारी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/05/24

Dr. Sankar Das
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

OPTOM ANAND DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल की ओर से अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
स्थायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
स्थायी हस्ताक्षर 2

[Signature]