

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0524/0146
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 07/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SK SIRAJUL ISLAM
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष
71

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SK YEAD ALI
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

CHENGAIL KARUNAPARA, HOWRAH HAISOE,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: LABOURER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 7000 X 12 = 84,000
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य 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.	SK SIRAJUL ISLAM	71	M	SELF
2.	ARIYA BEGUM	67	F	WIFE
3.	SK FAHIM ABIBAS	35	M	SON
4.	SK SAHIL ABIBAS	31	M	SON
5.	SK SAHIL ABIBAS	29	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता हेतु लिये दिव्य आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) इन्फेन्सिया कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असमझ/दवाखत से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच एवं सत्य ज्ञान पर आधारित है तो भी सहायता निवृत्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करने के लिए ही प्रयोग में लाया जाएगा।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता लेने का उद्देश्य नहीं रखता हूँ, उस प्रति या अधिक या कम किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से मिले है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 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 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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'न्याताओं' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दस्तावेज में शामिल हैं, जो "कोशिका" द्वारा मेरी, पता, फोटो/या मेरे उद्देश्य से मुझे परिचितियों और उपलब्धियों को दिलाने के लिए भी इसका प्रयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। और इसका प्रयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में "कोशिका फाउंडेशन" या मेरी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए मैं स्वतः सहायता का इलाज नहीं करता हूँ। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्य का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Dr. Suresh Kumar

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसमें उल्लिखित, हस्ताक्षर को और से आवेदनकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी सारकारी संस्था से प्राप्त नहीं की जा सकती है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिए सिफारिश के बिना के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय ही होगी। उक्त या हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय होगा और उक्त सहायता का प्रयोग केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही होगा।
 3) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय ही होगी। उक्त या हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय होगा और उक्त सहायता का प्रयोग केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेसन की तारीख <i>02/05/24</i>	 M.B.B.S M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाक़ा से संबंधित	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद प्रमाणित 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)
	