

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0524/0147
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 07/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: FIROZA BEGIUM
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 71

SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SK GIOLAM NABI
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ALIPURKUR, HAJRA HILLS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4500 x 12 = 54,000

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

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.	FIROZA BEGIUM	71	F	SELF
2.	SK SAMIN AHMED	43	M	SON
3.	SADIK MOHAMED	40	M	SON
4.	SK SAKIL MOHAMMED	36	M	SON
5.	SABINA NASMIN	33	F	DAUGHTER

BAIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता हेतु सिद्धि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 2 लाख तक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे न सिद्धि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/दवाखाना से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा करना;

- 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 कथित सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त करता है तो मेरी आवेदन रिक्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से भी कह रहा हूँ, प्रस्ताव उपरोक्त उद्देश्य को पूर्णतः के लिये प्राप्त करने के लिए प्रपत्र में सत्य सत्य है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह व्यय नहीं है, उस वक़्त का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से न के लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यक्तियों'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में शामिल हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रचारित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या "व्यक्ति" के लिये प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का प्रसारण मेरे प्रपत्र के पालने का पत्र में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या "व्यक्ति" के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस उद्देश्य में "कोशिका" द्वारा प्रचारित करने के लिये अधिकृत और सहायकारी प्रपत्र।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Firoza Begum

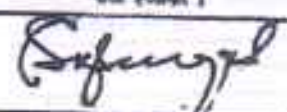
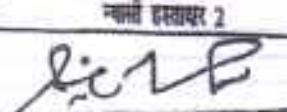
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

- 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 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करता है।
- 1) वह कि न के भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सहायकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के उद्देश्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु मन्तव्य की बिना प्राप्त है तो सहायता किसी अन्य गैर सहायकारी संस्था या किसी अन्य सहायकारी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में उक्त बात यह है कि सहायता सिफारिश कर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी के सहायकारी प्रपत्र या किसी अन्य सहायकारी से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना ली उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज चुनाव और अपने करने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery आपरेसन की तारीख <i>07/09/24</i>	 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद/हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--