

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रक्षामाल)



APPLICATION No.: K/0524/0148  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 07/05/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MD. ABDUL LATIF  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 78  
SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ROUSHAN ALI  
पिता/कटुस्थ का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KUMARPUR, NORTH 29 PARAGANAS -743423

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE —

OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 7000X12 =

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट बताएं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
यदि आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / हाँ / No / 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.	MD. ABDUL LATIF	78	M	SELF
2.	ISHATIJA NEHA	68	F	WIFE
3.	TAHARIMA BEGIUM	41	F	DAUGHTER
4.	NASMUL ALAM	37	M	SON

**BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए विधि 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे नई विनयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIABINOSIS — 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 की गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन दान प्रेषक पर;

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य सत्य सत्य सत्य है तो मेरी सहायता निराश की जा सकती है।  
 2) मैं इस से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद करूँगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया करूँगी, जो इस प्रश्न में सत्य सत्य हैं।  
 3) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस मदद के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ली है और न ही भविष्य में लूँगी।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करण)**

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ पर सहमत हो चुकता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी मदद के लिये किया जा रहा है, और मैंने इस मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद माँगी है।  
 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा मेरी मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा किया जा सकता है।  
 3) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा मेरी मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा किया जा सकता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदनकर्ता का हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान करण)**

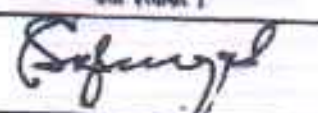
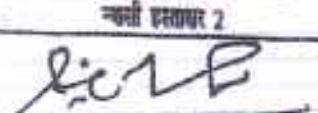
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आवेदनकर्ता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षरकर्ता) निम्न प्रश्न से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैंने अभी तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से नहीं ली है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगी जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगी जा रही मदद पूरी नहीं हो पाती है, तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद माँगी जा सकती है।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगी जा रही मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद माँगी जा सकती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  07/05/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व/हस्ताक्षर व मुद्रा	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यहाँ हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 यहाँ हस्ताक्षर 2 
---	--