

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No.: K/0524/0149 APPLICATION DATE: 07/05/24  
आवेदन संख्या: K/0524/0149 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SK MD KAUSHAR AGE-YEARS 62 SEX M  
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SK SHAMSUL HUDA  
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS 63, PALM AVENUE, GALLYGUNGE, KOLKATA  
वर्तमान निवास पता  
700019 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: FRUIT SHOP MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 4500 x 12 = 54,000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. Blank

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय करदाता हैं (जो मानें उसे उस पर चिह्न का निशान लगाएं) 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.	SK MD KAUSHAR	62	M	SELF
2.	MD ANSAR	31	M	SON
3.	MD AFSAR	27	M	SON
4.	MD AZAM	22	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) पीपीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूसी प्रमाण पत्र का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु दिने जाने विनयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिफल से जारी की गई प्रतिवेदन 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 ती गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन दाता कोषिका फाउंडेशन द्वारा;

- 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.
  - 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.
  - 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 कोषिका फाउंडेशन द्वारा यह आवेदन पत्र भेजने के साथ ही निम्नलिखित सभी विवरणों को सत्य मान रहा हूँ। यदि कोई भी गलत जानकारी या झूठा बयान प्रदान किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं कोषिका फाउंडेशन द्वारा प्राप्त की गई सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जा सकती है, जो इस आवेदन पत्र में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी रूप में, पूर्णतया या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से उसी राशि के लिए सहायता नहीं लेऊंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दाता करता)**

- 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.
  - 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 रूप में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदन दाता) यहाँ से सहमत हूँ कि कोषिका फाउंडेशन और उसके भरोसेदारों को मेरी छवि, पता, फोटो और अन्य विवरणों का उपयोग करने की पूर्ण सत्ता है। यह उपयोग कोषिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए किया जा सकता है। इस उपयोग के लिए कोषिका फाउंडेशन को मेरी छवि और अन्य विवरणों का उपयोग करने की पूर्ण सत्ता है।
- 2) मैं (आवेदन दाता) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कोषिका फाउंडेशन के द्वारा मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है। कोषिका फाउंडेशन के भरोसेदारों का निर्णय मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है।
- 3) मैं (आवेदन दाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कोषिका फाउंडेशन के द्वारा मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है। कोषिका फाउंडेशन के भरोसेदारों का निर्णय मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है।

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

आवेदन दाता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Md Kallu Khan*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)**

- 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:
- 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.
  - 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित करने वाले कोषिका फाउंडेशन के लिए सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- हम यह घोषणा करते हैं कि हम वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वही रोगी/रोगी के लिए वही सहायता नहीं ले रहे हैं। यदि कोषिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपनी आवश्यकता पूरी करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। यह सुनिश्चित करता है कि कोषिका फाउंडेशन द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच होता है, जो कोषिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं होता है। इसलिए हस्पताल को रोगी के उपचार/प्रक्रिया का पूर्ण उत्तरदायित्व लेना होगा और कोषिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमोदित

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>07/05/24</p>	<p><i>Dr. Subrata Das</i></p> <p>M.B.B.S</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर</p>	<p><i>OPTOM ARUNOT DAS</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>SANKA</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आंतरिक उपयोग हेतु

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