

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0524/0228**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **22/05/24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **RAZIA BEGUM**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष **71** SEX लिंग **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME: **ABU TAHER**
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान का
**KAVI MD TOBAL ROAD KHINDAIRPORE KOLKATA
700029 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान का
— AS ABOVE —



OCCUPATION: **HOUSE WIFE**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **7000 x 12 = 84000**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगा दें)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	RAZIA BEGUM	71	F	SELF
2	MD SAMIM	50	M	SON
3	MD SAHAJBUDDIN	45	M	SON
4	FARIDA BEGUM	40	F	DAUGHTER
5	FIRDOUS BEGUM	37	F	DAUGHTER

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्न आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) परिधी रैखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया त्रि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय स्तर वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया त्रि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया त्रि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basic/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्ने उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखित सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2	SURGERY — LE — (STCST 906)

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 यह सहायता कसी

DECLARATION by APPLICANT: (सर्वेदास द्वारा योग्यता पर):

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए धन, केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से इस्तेमाल करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतलाया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का वापस मिलने या अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त होने वाली सहायता नहीं लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (सर्वेदास द्वारा सत्यापन)

- 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 donors 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित है, उसी "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट के लिए, जो मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता के लिए प्रयोग किया जाएगा। इस सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से करने के लिए ही किया जाएगा।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिबंध के प्रयोग में लाया जा सकता है और यह प्रक्रिया में "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट के लिए ही प्रयोग किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

सर्वेदास के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सत्यापन)

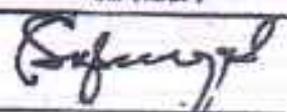
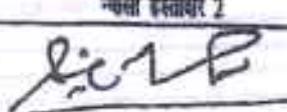
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
- हमारी सहमति, हस्पताल की ओर से सर्वेदास को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसमें हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्यता की घोषणा करते हैं।
 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं, बल्कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच की व्यवस्था है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का प्रभाव नहीं पड़ेगा। इसलिए हस्पताल में रोगी के स्वास्थ्य सुधार और अपने अपने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/05/24	Dr. Subash Das M.B.B.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व राज्य नं.	OPTOM ANURAGT DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR HOSPITAL 10/10/2022
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--