

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 तिकी या निरुक्त चिह्न दें)

Yes / No
हाँ / नहीं 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्न कारण

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्ने उद्देश्य के लिये:

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

ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED तो यह सहायता कितनी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करः

- 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/employee/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 झूठा एवं सत्य ज्ञान पर आधारित कथन या कथन है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए धन, केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से उपयोग के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में किसी भी रूप में, इस धन का वापस मिलने या अन्य स्रोत/कर्मचारी/बीमा कंपनी से या किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त किया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करः)

- 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 (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृत्व" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, सहायक एवं अन्य स्रोतों से धन प्राप्त करने के लिए प्रयोग किया जायेगा। इस प्रपत्र पर उल्लेख है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना अनुमति के प्रयोग में आने से मैं स्वतंत्र रूप से सहायता का हस्ताक्षर नहीं कर सकता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर और सहायक की सलाह लेनी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करः)

- 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, हस्ताक्षर की और से आवेदनक को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि हम अभी वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं लेते हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए ही प्रयोग करते हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में उक्त बात यह है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता हेतु ही सिफारिश की जाती है।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/प्रक्रिया हमारे द्वारा ही की जाती है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी भ्रम नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भ्रम नहीं है।

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 इलाज का पता	OPTOM ANURAG DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR HOSPITAL
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION केवल आंतरिक उपयोग हेतु

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