

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवा)



APPLICATION No.: 4/0529/0229
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 22/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SHAKILA BANO
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 59
SEX F

FATHER/SPOUSE'S NAME: MANOWAR HOSSAIN
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 35/1 TALTALA LANE, PARK STREET, 70016 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: SMALL SHOP

MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 7000 x 12 = 84,000

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

PAN No. [Blank]
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ) 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 के साथ सम्बन्ध
1.	SHAKILA BANO	59	F	SELF
2.	ARMAN HOSSAIN	39	M	SON
3.	RINKI KHATOON	35	F	DAUGHTER
4.	BILKIS BEGUM	30	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) भरीबी रैख 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) रसमकेला कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये निम्न कारण

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE - (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ या कर्म/जगह/प्राण दाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में मांग किया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी प्रकार की रकम/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या तो पूरा है और न ही भविष्य में हूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण को कहीं भी प्रकाशित कर सकते हैं, जैसे कि "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, या किसी भी माध्यम से, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउन्डेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। मेरी छवि और विवरण का उपयोग मेरे इलाज के पूरा होने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी भी माध्यम से किया जा सकता है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत है। कोशिका फाउन्डेशन का फैसला मेरी सहायता देने या नहीं करने का अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत से या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में हमें या तो नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती/प्राप्त होती है, तो हमें या तो किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस फॉर्म में स्पष्ट किया जाता है कि कोशिका फाउन्डेशन को सिफारिश करने की कोई भी जिम्मेदारी नहीं है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार या इलाज का चुनाव किन गैर-वित्तीय/प्रक्रिया का चुनाव हमें या कोशिका फाउन्डेशन के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपचार सुझा और अपने मामले को पूरी जिम्मेदारी से ही हस्ताक्षर की ओर "कोशिका" की ओर पूर्णतः सहायता का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 22/05/24	 M.B.B.S M.D. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुद्रा	 OPTOM ANURAG DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) ऑप्टोम एनुराग दास (कोशिका फाउन्डेशन के लिए अधिकृत अधिकारी)
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नसी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नसी हस्ताक्षर 2
	