

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No.: U/0524/0232 APPLICATION DATE: 22/05/24
 आवेदन संख्या: U/0524/0232 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MUSTARI BEGAM AGE-YEARS 63 SEX F
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD HUSSAIN
 पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 15, PM BASTI 1ST GATE LANE, SHIBPUR, HARER
HOWRAH 71103
WEST - BENGAL
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE MARRIED (गिराहित) / UNMARRIED (अगिराहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 7000 x 12 = 84,000/- (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का सबूत प्रस्तुत करें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो 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 से क्या सम्बन्ध
1.	<u>MUSTARI BEGAM</u>	<u>63</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>ASMAIL AZAD</u>	<u>63</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
3.	<u>SABJAD ALAM</u>	<u>40</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सहायता के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) अभ्युक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु लिये जाने वाली या उद्देश्य:

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

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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: उम्मेदवार द्वारा घोषणा पत्र;


- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कहीं त्रुटिपूर्ण एवं सत्य ज्ञान प्राप्त जाता है तो वे भी सामान्य त्रुटि को ध्यान में रखकर हैं।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग करने, जो इस प्रश्न में सत्य सत्य है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही भविष्य में सुरक्षा के लिए किसी भी प्रकार की मदद लेऊँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (उम्मेदवार द्वारा करता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (उम्मेदवार) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने, जो कि मेरी मदद के लिए है, के लिए "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "अधिकारियों" को "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "अधिकारियों" को मेरे नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने, जो कि मेरी मदद के लिए है, के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रेषित किया जा सकता है।
- 2) मैं (उम्मेदवार) इससे घोषणा करती हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने, जो कि मेरी मदद के लिए है, के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रेषित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

उम्मेदवार के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)

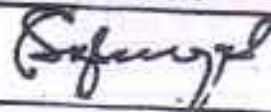
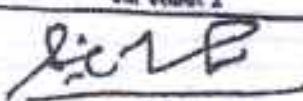
- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
- हमारा अधिकृत अधिकारी, इस प्रकार की मदद से उम्मेदवार को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहा है, कि वह हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न से सत्य व सही करता है।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी उम्मेदवार को सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से उम्मेदवार को सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद लेते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें किसी अन्य स्रोत से उम्मेदवार को सहायता के लिए मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रश्न में उम्मेदवार को सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित किया जा सकता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या किन-किन उपचार/प्रक्रिया का चुनाव उम्मेदवार और हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार की सहायता नहीं है। इसलिए हस्पताल में उम्मेदवार को उपचार प्राप्त कराने और उसे सही दिशा में लेने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/05/24	Dr. S. K. ... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	OPTION ... (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर और मुद्रा
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नर्स/हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नर्स/हस्ताक्षर 2 
---	--