

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0524/0234 APPLICATION DATE: 24/05/24
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SHAKILA KHATOON AGE-YEARS मातृ-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 69 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: WASI AHMEAD
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास का
6B, HATI LANE, ENTALLY, KOLKATA 700014

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास का
AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSEWIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. क्या संलग्न है? ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर खरीकें या निरुक्त न करें) Yes / हाँ / No / 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 KHATOON	69	F	SELF
2.	USMAN GANI	74	M	HUSBAND
3.	MAHJABIN AFSAK	44	F	DAUGHTER
4.	NAKHAJ JAFIN	40	F	DAUGHTER
5.	SABID HUSAIN	37	M	SON

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

SPL Card (Attach Card Copy) परीची रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	ENS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी और आधार
---	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उचित/सही सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
	SURGERY - RE - (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 AVAILED कौी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिरावट एवं सत्य ज्ञान प्राप्त होता है तो मेरी आवेदन पत्र को या रद्द कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मेरी या मेरी ही, इसका उपयोग उम्मीदवार को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में था सत्य है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में कभी भी मैं या मेरी ही, उक्त धरित या धरित: या इसका किसी अन्य संगठन/रोजगार/बिमा कंपनी से न से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 donors 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस प्रपत्र में शामिल हैं, उसे "कोशिका" एवम् भ्रातृवर्ग, दान, सहायता के द्वारा उद्देश्य से सुदूर भ्रातृवर्गों और भ्रातृवर्गों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रपत्र या विवरण में उल्लेख के बिना या पता मे रहने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व भ्रातृवर्ग अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को बिना अनुमति के उद्देश्य से प्रचारित है सुदूर भ्रातृवर्ग या सहायता का इच्छा नहीं करता इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उक्त भ्रातृवर्गों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यतापत्र को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से लेंगे हैं, बसि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरसि सिफारिश/सिफारिश हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में उक्त बात पता है कि मान्यतापत्र सिफारिश कर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किन गये उपचार/सिफारिश का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को ही करना है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने करने को सही विधेयता रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारता या जिम्मेदारता इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संसुष्टि

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>24/05/24</p>	<p>Dr. Subhasis Das M.B.B.S.M.S</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p>OPTIONAL SIGNATURES Signature of Authorized Signatory (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद, हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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