

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0524/0235

APPLICATION DATE :

आवेदन दिनांक

24/05/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

M.D. AKHTER

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

MD SIDDIK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

44, SIR SYED AHMED ROAD, ENTALLY, KOLKATA

700014 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

4500 X 12 = 54,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No

हैं / 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.	MD AKHTER	59	M	SELF
2.	MURJAHAT BEGUM	51	F	WIFE
3.	MD AETAIS	33	M	SON
4.	MD ABOUF	28	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIOS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही वास्तविकी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कहीं क्लिक नहीं करना चाहिए अन्यथा यह प्रपत्र ही से सारे सहाय्य निवृत्त हो जा सकते हैं।
 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से मैंने जो सहाय्य प्राप्त की है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतलवाया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को कोई भी सहाय्य या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/print-up/produce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो एवं "उद्देश्य" के विवरण सहित अपने नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने की अनुमति देता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" और इसके ट्रस्टी "कोशिका फाउण्डेशन" के नाम पर, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करके दानों को प्राप्त करने के लिये सहाय्य कर सकें और/या कोशिका फाउण्डेशन के बारे में जानकारी दे सकें। इसका उपयोग कोशिका फाउण्डेशन द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इससे घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिये ही किया जा सकता है और इसका उपयोग मेरे नाम पर, पता, फोटो और विवरण के बिना किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Moh. K. K. K.

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरक द्वारा करता)

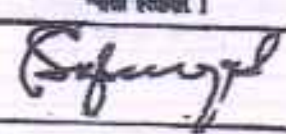
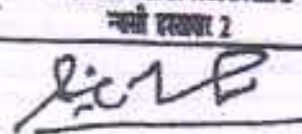
- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अंगुली छाप, हस्ताक्षर की और से आपकी/उपरोक्त की "कोशिका फाउण्डेशन" के लिये सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्ताक्षरक) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य सहाय्य स्रोत से सहाय्य प्राप्त करने की कोशिश करेंगे, क्योंकि हमें सहाय्य के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से सहाय्य प्राप्त करने के लिये प्रार्थना है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहाय्य प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहाय्य के लिये किसी अन्य स्रोत से सहाय्य प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में हम घोषणा करते हैं कि हमें सहाय्य के लिये किसी अन्य स्रोत से सहाय्य प्राप्त करने की कोशिश नहीं है।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त प्रपत्र में सहाय्य के लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे पूर्ण हस्ताक्षर के बिना ही नहीं किया जा सकता है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का भुगतान नहीं किया जा सकता है। हमारे हस्ताक्षर के बिना ही सहाय्य प्रदान करने की कोई कोशिश नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 29/05/2024	Dr. S. S. S. S. S. M.B.B.S. M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम पं. नं. के साथ मूद्रा	OPTIM ASSISTANT DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKAR JYOTI LITE
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदनक के लिये)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रुस्टी 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रुस्टी 2 
---	--