

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : K/0529/0236
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 24/05/24
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : ASMA KHATOON
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्भ का नाम

MD HUSSAIN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

13B TANTI BAGIAN LANE, ENTALLY, KOLKATA

700014 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासस्थान पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

3000 X 12 = 36,000

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थाई आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)Yes / No
हां / 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.	ASMA KHATOON	63	F	SELF
2.	MD RIJUYAN	36	M	SON
3.	NARJIN BEGUM	32	F	DAUGHTER
4.	SABITA BEGUM	29	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 साध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उचित्वरण सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIC'S + 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 कौन सी सहायता पुरानी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेकर द्वारा घोषणा कर)

- 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.
 - 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.
 - 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ या कदाचित्त सत्य बयान देता हूँ तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही इस्तेमाल करूँगा, जो इस फॉर्म में बतलाया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से न तो आंशिक और न ही पूर्णतः मदद ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेकर द्वारा कर)

- 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.
 - 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 बायाँ हाथ का छाप लगाकर, मैं (अर्शेकर) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंचाने, प्रकाशित करने, प्रसारण से सुदूर विदेशों और अंतरिक्षों में अपने विज्ञापन के लिये प्रयोग करने से सहमत करने के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेकर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रसारण के लिये प्रयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 3) मैं (अर्शेकर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रसारण के लिये प्रयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेकर के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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:

- 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.
- 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे संकेतों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- यह कि न तो हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु किसी भी प्रकार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अंतर्गत यह घोषणा की जाती है कि हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु किसी भी प्रकार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अंतर्गत यह घोषणा की जाती है कि हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु किसी भी प्रकार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही इस्तेमाल करूँगा, जो इस फॉर्म में बतलाया है।

हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु किसी भी प्रकार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अंतर्गत यह घोषणा की जाती है कि हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु किसी भी प्रकार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार्यता के लिये सिफारिश

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>24/05/24</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i></p> <p>M.B.B.S M.F.</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p><i>OPTOM ANANTA DAS</i></p> <p>Senior Optician</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व उच्च हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

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