

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0521/0237

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/05/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

FARHANA BANO

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

MD JAHANGIR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

102 ANJUMAN ROAD, SAOI MASJID, TANTI

BAGAN, ENTALLY, KOLKATA 700014 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

4000 X 12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता 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 लगावे)

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.	FARHANA BANO	59	F	SELF
2.	BILQUIS BANO	38	F	DAUGHTER
3.	SAMIR AHAMAD	34	M	SON
4.	SABIR AHAMAD	29	M	SON
5.	THABOUM BANO	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग 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 अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अलगाव/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIKS + 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 लेई गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन घोषणा करः

- 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/employed/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। कहीं कहीं किसी सत्य एवं सत्य प्रपत्र प्रस्तुत करने के लिए मैंने आवश्यक विवरण भी सही सही दिये हैं।
- 2) मैं इस बात को सत्यतापूर्वक "अभिलेखित" करता हूँ, कि यदि मुझे कौशिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी तो मैं उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने इस प्रपत्र में सहायता माँगी है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में नहीं, उस सहायता का पूरा या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉय/इंश्योरेंस कंपनी से या कहीं से भी सहायता नहीं लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक हुन करत)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का प्रयोग करने के लिए कौशिका फाउंडेशन और उसके "व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, जो "कौशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया जा सकता है, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है। इस प्रपत्र पर मेरे नाम, पता, तस्वीर और मेरे विवरण का प्रयोग करने के लिए कौशिका फाउंडेशन और/या उसके "व्यक्तियों" को अधिकृत किया जा सकता है, जो मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे नाम, पता, तस्वीर और मेरे विवरण का प्रयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे विवरण का प्रयोग करने के लिए कौशिका फाउंडेशन और उसके "व्यक्तियों" को अधिकृत किया जा सकता है, जो मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे नाम, पता, तस्वीर और मेरे विवरण का प्रयोग कर सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल हुन करत)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ प्रस्तुत की गई "कौशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता माँगी है।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँगी है, जो कि कौशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जाती है, जो कि हमें कौशिका फाउंडेशन से सहायता माँगी है, जिसके लिए हमें कौशिका फाउंडेशन से सहायता माँगी है। यदि कौशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता हमें पूरी नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता माँगी है।
 - 2) "कौशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि कौशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता से प्रभावित नहीं होता है। अतः, हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण और अखंड जिम्मेदारी और उत्तरदायित्व का भुगतान करना होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>24/05/24</p>	<p>Dr. Subashis Das</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. सह छाप</p>	<p>OPTOM ANUPAM DAS</p> <p>Senior Program Officer</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद, हस्पताल के अधिकृत अधिकारी</p> <p>SANKARA HOSPITAL</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 1</p> <p>Safaryal</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 2</p> <p>[Signature]</p>
---	--