

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : K/0624/0251
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 02.06.24
आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : RINA KHATUN BIBI
आवेदक का नाम :

AGE-YEARS : 24
SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SAHIN GAZI
पिता/पति का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : TUSHKHALI NORTH 24 PARGANAS - 743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS-ABOVE

OCCUPATION : TEA STALL
व्यवसाय :

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 1000 x 12 = 12000/-
कुल वार्षिक आय :

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. :
आयकर पहचान संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल करते हैं (जो लागू 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.	RINA KHATUN BIBI	24	F	SELF
2.	SAHIN GAZI	38	M	HUSBAND
3.	SANIYA KHATUN	03	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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) उपभोग्यता कार्ड (उपभोग्यता पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विकल्प का उद्देश्य :

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई एवं सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा घोषणा करें)

- 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, false 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं गलत जानकारी प्राप्त होगी तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन" में भी जा रही हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उन राशि का अतिरिक्त या समान विषय किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में ली।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करार)

- 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 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 प्रारूप का अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति, को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, एन. एम्प्लॉयी द्वारा उपयोग में ली जा सकती है जो प्रत्येक के लिए किसी भी प्रकार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रारूप का विवरण मेरी इलाज की पूर्ति या पूरा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में लगी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में शामिल है उसे स्वतः सहायता का इलाज नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी, एन. एम्प्लॉयी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

विनोद विनोद

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 shortage 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस रूप (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से प्राप्त हो सकती है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में ली जा ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु मंदर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में अस्पताल द्वारा यह कि अस्पताल द्वारा मंदर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता का निर्णय ली जा रहा/प्राप्तिकार का चुनाव रोगी या हस्ताक्षर को लेना का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को इलाज चुनना और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 02/06/24	 Dr. Subash Des M.B.B.S. M.D. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुद्रा	 OPTOM SANKAR JYOTI Senior optician (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1 हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 हस्ताक्षर 2
	