

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षामार्ग)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : 4/0624/0259

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE 06/06/24

आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : REHANA BEGUM

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

34

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

SK ASRAF

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

49 V.N. ROAD VTC NARKELDANGA DISTRICT KOLKATA

- 700011 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवास पता

- AS-ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

TEA STALL

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

2000 x 12 = 24,000 ₹

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 संबंध
1.	REHANA BEGUM	34	F	SELF
2.	SK ASRAF	40	M	HUSBAND
3.	MEHJABIN PARVIN	09	F	DAUGHTER
4.	MD ABDULLA	07	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अन्नपूर्णा कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिहास सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY - (LE) STREPTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदनकर्ता द्वारा कथन)

- 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.
- मैं यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ कथन करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया है।
- मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब अन्यत्र से कोई भी राशि का अतिरिक्त या संकलन विनियम किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न या लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा कथन)

- 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.
- 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.
- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ सहमत और अधिकृत करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इस "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, प्रकाशना हेतु अन्य माध्यमों से मुझे सहायता के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने में लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, उसके पश्चात् सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उक्त विवरणों का विचार अतिरिक्त और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनकर्ता का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

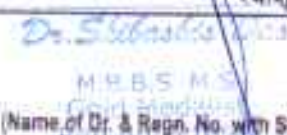
(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथन)

- 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:
- 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.
 - This 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.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ अंगुली छाप लगाकर, हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं। हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता करते हैं:
- यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित राशि के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अनुमोदित हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा विचार होगा कि सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में उक्त कथन का है कि सहायता वित्तीय स्वरूप में होगी, सहायता के लिए हमारा अंगुली छाप या किसी अन्य माध्यम से नहीं लगाया/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। हमारे का हस्ताक्षर प्रपत्र को यह सहायता या सेवा हमें सहायता/प्रक्रिया का चुनाव करने पर हस्ताक्षर करने का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में हमारे का उद्देश्य सहायता और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी होती है। हम हस्ताक्षर की होने और "कोशिका फाउन्डेशन" की कोई प्रक्रिया या विनियमन इस मामले में नहीं होगा।

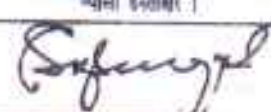
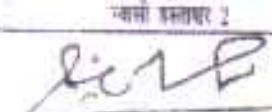
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>06/06/24</i>	 M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 OPTOM ANAND DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA EYE CARE HOSPITAL सकारा आँखों की देखभाल हॉस्पिटल
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--