

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. आवेदन संख्या : K/0824/0345		APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 22/06/24			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : SEKH SERAJUNNESHA		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 59	SEX लिंग : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम : SK ASIRUDDIN					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता : PANCHLA, HAORA, HATBZL WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास 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 साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : Yes / No ☒ हाँ / 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 से संबंध	
1	SEKH SERAJUNNESHA	59		SELF	
2	SK ASIRUDDIN	32	M	SON	
3	SK SERAJUL	29	M	SON	
4	SK ASUKA	24	F	DAUGHTER	
5	SK MASURA	20	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये कितनी आधार					
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) कार्पोरेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मंजूर किया जा रहा है।					
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों सूची संलग्न			
1.		DIAGNOSIS → CATARACT → LE			
2.		SURGERY → LE (SIOS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT if ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक: इस पत्र पर)

- 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 यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत साबित होना पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस पर गंभीरतापूर्वक प्रति "कोशिका फाउंडेशन" को, यदि मेरी सहायता मिले, तो उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण को प्राप्त किए जा रहे हैं, या इस उद्देश्य में सहायता है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह राशि नहीं ली है, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या किसी अन्य सहायता/रोटीय/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक: इस पत्र पर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 enable 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (अर्शक) यहाँ पर स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'वर्चसियों' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" फाउंडेशन, डॉ. बाबासाहेब आसानी इन्स्टीट्यूट ऑफ मेडिसिन और स्वास्थ्य के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। मेरे प्रश्न के विवरण में इसका कोई प्रभाव है या नहीं करने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं उनके द्वारा सहायता का हस्ताक्षर नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" फाउंडेशन के वर्चसियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हॉस्पिटल: इस पत्र पर)

- 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.
- इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा यह सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न में सहायता या स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी वित्तीय सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा फंडिंग अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में कहा जाता है कि हमारा फंडिंग केवल वित्तीय सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारा फंडिंग की गई सहायता या निम्न पर हमारा फंडिंग का चुनाव रोगी एवं हमारा फंडिंग का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा फंडिंग के द्वारा सहायता और अन्य स्रोतों को जारी बिम्बेवारी केवल एवं हमारा फंडिंग की रोगी और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या बिम्बेवारी इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 22/06/24	 M.B.B.S M.D. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ	 OPJOM ANURAG DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) डॉ. ओ.पी.एम. आनुराग दास
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	