

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0624/0346 APPLICATION DATE 22/06/24
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SK. SALEHAR BIBI AGE-YEARS 69 SEX F
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SK KOBAD SARKAR
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SANTOSH PUR, HOWRAH 74310, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4500 X 12 = 54,000/-
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. नहीं ज्ञात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्राय्य हो उस पर सही का चिह्न 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 से संबंध
1.	SK. SALEHAR BIBI	69	F	SELF
2.	SK. SADIK	42	M	SON
3.	SK. KORIM	33	M	SON
4.	TINA BEGUM	35	F	DAUGHTER
5.	SERINA BIBI	30	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियम आधार

BPL 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) सुरक्षा खाता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किये अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा)

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं गलत बयान दिया जाता है तो मेरी परामर्श विमो को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 5) मैं इससे घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग किसी उद्देश्य को पूर्णतः ही निमित्त किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सच एवं सही है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी अन्य सहायता हेतु यह उद्देश्य नहीं कर रहा हूँ, जो इससे कि "कोशिका फाउन्डेशन" किसी अन्य सहायता/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 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 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.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" अपने पत्राचार, दूर, संचारण के द्वारा उपयोग में लूँगी (संचारण/प्रसारण) को प्रचार/विपणन के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम में प्रकाशित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरी प्रपत्र पर लिखने से इससे कोई फायदा या नुकसान नहीं होने का मैंने सुनिश्चित किया है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हो रहा है, सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" अपने उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

उद्देश्य के इलाज या पूर्णता का निशान

**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 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की और से कार्यालयी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र में सच्य व स्वीकृत करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कराने में हमें या से हो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विपणन उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रचार हेतु समझ नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य भी सहायता संगठन या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल द्वारा करार उक्त सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे कि हमस्पताल द्वारा ही यह सहायता या निदान को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हमस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और सारे करने की सारी जिम्मेदारी हमें एवं हमस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

22/06/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाज का रजि. नं.(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
SANKAR JYOTI DAS**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2