

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0723/0329		APPLICATION DATE : आवेदन दिती : 19/7/23	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		LIYAKAT ALI LASKAR		AGE-YEARS : आयु-वर्ष	SEX : लिंग
				31	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम		KHABIRUDDIN LASKAR			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता					
SHRI KRISHNAPUR, BARASAT-1 NORTH, 24 PARAGANAS, 700125, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता					
— AS ABOVE —					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
UNEMPLOYED				X	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
NIL					
PAN No. : स्थायी आयदा संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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.	LIYAKAT ALI LASKAR	31	M	SELF	
2.	NOOR BEGUM	56	F	WIFE	
3.	JAKIR ALI	39	M	SON	
4.	FIROZ ALI	36	M	SON	
5.	SATTANARA BEGUM	32	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE ली गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक द्वारा करेग)

- 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 धीमे-धीमे कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं और कोई विवरण एक कदम असत्य प्राप्त यात्रा है मैं सही स्थापना विवरण को जा सकती हूँ।
- 2) मैं गंभीरता से सहायता को "कोशिका फाउंडेशन", में सही जानती हूँ, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, वह किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो ली है और न ही भविष्य में ली जाएगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा करेग)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (अवेरक) अपनी भविष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् 'ट्रस्टी' द्वारा, काल्पनिक/वास्तविक/दूरदर्शन से जुड़े विभिन्न माध्यमों और उपकरणों के द्वारा किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे इलाज के करने या कर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'ट्रस्टी' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेरक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करेग)

- 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 the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से संभव या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अधिकृत/नकार हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य रोग सहायता संभव या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त रोगी/मामले हेतु किसी भी प्रकार से मान्य या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही कोई सहायता या किसी स्रोत/उपकरण का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और करने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>19/11/23</i>	<i>Dr. Shibashis Das</i> M.B.B.S M.S Gold Medalist (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) <i>Reg'd No. 14035</i> हस्ताक्षर के साथ डॉक्टर का पता	<i>OPTOM ANURAG DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) <i>Reg'd No. 14035</i> SANKARA JYOTI HOSPITAL
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
<i>Safaryal</i>	<i>Dr. V.B.</i>