

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life
APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K/0723/0399

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

25/07/23

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

SEKH FURSHAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/वधु का नाम

SK ABDUS SALAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

 DURBA CHATI, PASCHIM SURINDRANAGAR,
SOUTH 24 PARGANAS, 743347
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें 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 साथ सम्बन्ध
1.	SEKH FURSHAN	52	F	SELF
2.	SABEKUN BISBI	25	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा से नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL) 22.05

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 तो गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात्क द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं प्रश्न असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन" से सी-सी करती हूँ, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह व्यय को माँगा है, वह किसी भी प्रकार के सहायता/वैद्यकीय/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही लीजिये में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात्क 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/post-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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा, मैं (अर्थात्क) अपनी सहमति को गुरु करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, फोटो/आवृत्ति इत्यादि के माध्यम से चुकी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी उपर का विवरण मेरी उपर का पता या मेरे से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्क) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है गुरु सत्य, सहायता का हकदार नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा उपर के विवरण का विवेक अंतिम और अक्षरवादी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्थात्क को हस्ताक्षर या मुद्रा का विवरण

**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 for the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारी अतिशुद्ध, हस्ताक्षर को माँगा से नाम/पता को "कोशिका फाउन्डेशन" से विवेक सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विवेक प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवेक सहायता किसी भी प्रकार से संभव या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये माँगा जा रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त के संभव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अतिशुद्ध/सहायता हेतु माँगा नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी के लिये या किसी अन्य सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विनिर्देश माँगा उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी प्रकार से संभव या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2 "कोशिका फाउन्डेशन" से सी-सी सहायता केवल विवेक प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा सी-सी सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विवेक है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अंत करने की गारंटी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन का तारीख 25/04/23	Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S (Name of the Doctor with Stamp) डॉक्टर का नाम और मुद्रा Reg No. 74035	OPTOM ARUN K DAS Senior optician (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTI INSTITUTE डॉक्टर का नाम, पद और मुद्रा
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

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