

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: k/1023/0674 APPLICATION DATE: 02/10/23
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MASHURA BEGAM AGE-YEAR: 55 SEX: F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: NICHANDAPUR, DHANDALI, BELARI,
वर्तमान आवासीय पता

HOWRAH, HITIS, WEST BENGAL
स्थायी आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE - WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 x 12 = 72000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वास्थ्य खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): 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 के साथ सम्बन्ध
1.	MASHURA BEGAM	55	F	SELF
2.	MASHURAT KHAN	60	F	HUSBAND
3.	MUSLIMA BEGUM	31	F	DAUGHTER
4.	MASUMALI KHAN	28	M	SON
5.	INTAJOL KHAN	24	M	SON
6.	SALIMA BEGUM	20	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी जमा करके संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करके संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा करके 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — LE</u>
	<u>SURGERY — LE (SICS + IOL)</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्क्षक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिझक एवं वाचन अस्वल्प पाया जाता है तो मेरी सहायता निरमा की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता ठीक "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- मैं सुनिश्चित करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह अवसर को मैं नहीं हूँ, उस प्रति का प्रतिशत या सफल विमना किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्क्षक 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.

- इस करार पर अपने इस्तेाखार या अंगुठी को छाप लगाकर, मैं (अर्क्षक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'न्यासीयों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एवम् 'न्यासीयों', दान, सफलतापूर्वक द्वारा उद्देश्य से लुगी प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये निम्नो भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इस्तेाखार को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (अर्क्षक) इस करार से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं पूर्णतः सहायता का इस्तेाखार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'न्यासीयों' का निर्णय अंतिम और सार्वभारिकी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्क्षक के इस्तेाखार या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- 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.

हमारे अतिथक, इस्तेाखारी की ओर से वास्तव्य/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, यदि हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों से ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विषयित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विषयित अतिथक/सफल हेतु यन्त्रु नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य और सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में उल्लेख किया जाता है कि अस्वत्तल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से ली जायेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या इस्तेाखार द्वारा ही सही सलाह या निर्णय लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्तेाखार से ही का निश्चय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये इस्तेाखार में रोगी के प्रत्यक्ष मूल्या और उनके जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्तेाखार की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संभृति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>02/10/23</p>	<p><i>Dr. Shibashree Das</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम के साथ स्टैम्प व रजि. नं.</p>	<p><i>OPTIM KSHRITI DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) अ. व. के लिये अस्वत्तल अतिथक/रोगी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 (न्यासी इस्तेाखार 1)</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 (न्यासी इस्तेाखार 2)</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--