

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/1024/0971  
आवेदन संख्या: K/1024/0971APPLICATION DATE: 14/10/24  
आवेदन तिथि: 14/10/24NAME of APPLICANT: Gopalehar Bibi  
आवेदक का नाम: Gopalehar BibiAGE-YEARS-जानु-वर्ष: 69  
SEX-लिंग: FFATHER'S/SPOUSE'S NAME: MUNSURALI MOLLA  
पिता/कटुम्ब का नाम: MUNSURALI MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RAMPUR, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS

743329 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

← AS ABOVE →

OCCUPATION: HOUSE WIFE  
व्यवसाय: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60,000/-  
कुल वार्षिक आय: 5000 X 12 = 60,000/-(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाल संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)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 के साथ सम्बन्ध
1	MUNSURALI MOLLA	69	F	SELF
2	MUSUBULL MOLLA	36	M	HUSBAND
3	AMENA BIBI	40	M	SON
4	OMENA BIBI	37	F	DAUGHTER
5	ALPHA BIBI	33	F	DAUGHTER
6	ALPHA BIBI	30	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा का नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इतत पेशत कर)**

- 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. I am 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.
- 1) मैं यथासंभव कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथन सत्य एवं सही नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से सही का रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पेश किया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का अतिरिक्त या संकलन किसी किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इतत करत)**

- 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दीये हैं, उसे "कोशिका" एम्पु न्यायो, पत्र, पत्रिका/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा को पूरने या कार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायो अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से दीये हैं सुदूर स्वर: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्पु उसके न्यायोप का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इतत करत)**

By affixing hereunder, signatures 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मरुत/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकाराती संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरुत से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरुत हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनती अस्वीकार/सकल हेतु मरुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सकाराती संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरुत उक्त रोगी/मरुत हेतु किसी भी सकाराती संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अवरोधन की तारीख  14/10/24	 Dr. Shibaskis Das M.B.B.S M.S. (Name of Dr & Regd. No. with Stamp) डाक्टर की नाम व हस्ताक्षर के पत्र, व	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तरीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायो हस्ताक्षर 2
	