

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1123/0806
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 08/11/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MADINA BORO
आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष : 60
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SAMI ULLA
पिता/सहस्रपति का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS कॉम्पन आवासीय पता
KALI PARA, BARASAT - I, NORTH TWENTY FOUR
PARGANAS, WEST BENGAL - 700724

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
- HS ABOVE -

OCCUPATION : HOUSE - WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 7000 X 12 = 84000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता 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 से संबंध
1.	MADINA BORO	60	F	SELF
2.	SAMI ULLA	66	M	HUSBAND
3.	SAYNA PAROIN	33	F	DAUGHTER
4.	TAMANNA PAROIN	30	F	DAUGHTER
5.	NAHEM ULLA	26	M	SON
6.	SARJU ULLA	23	M	SON
7.	BAADU ULLA	19	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) नहीं की 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) उपभोज्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे क्या किन्हीं का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दाता 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान/कथन प्रेषित किया जायेगा, तो इस आवेदन को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण में ही हीन किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार से, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं आशंका करता हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दाता द्वारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & subscribe 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.
 - 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदन दाता) यहाँ से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रश्न का अर्थ है कि "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए अधिकार प्राप्त है।
- 2) मैं (आवेदन दाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रश्न का अर्थ है कि "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए अधिकार प्राप्त है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदन दाता का हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जोर से यहाँ से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा ली/प्राप्त की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतर को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रश्न का अर्थ है कि "कोशिका फाउन्डेशन" को वित्तीय सहायता के लिए प्रयोग करने का अधिकार प्राप्त है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो वित्तीय सहायता मिलती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने से रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" को रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का कोई अधिकार नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>08/11/23</p>	<p><i>Dr. Shikhar Das</i> M.B.B.S Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p><i>OPTOM ANJALI DAS</i> Senior optician (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safarj</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	--