

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/1123/0816** APPLICATION DATE: **11/11/23**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **NUR NAHAR BIBI** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **65** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **AFTAR ALI MOLLA**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता
**PURBA ATAPUR MOLLA PARA, ATAPUR NORTH
TENTY FOUR PARGANAS, NA3446, WEST
BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: **NANNY** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **2000x12=24000/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर 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 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.	NUR NAHAR BIBI	65	F	SELF
2.	AFTAR ALI MOLLA	62	M	HUSBAND
3.	NUR HASAN MOLLA	62	M	SON
4.	MANJURA BIBI	35	F	DAUGHTER
5.	KHALIDA BIBI	26	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता 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 / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उचितवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE - (SOPR + IBI)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कथना पर;

- 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 यहाँ कथना करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिझक पूर्ण कथन आवेदन प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ से सहायता यदि "उद्देशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में मंचन किया है।
 3) मैं यहाँ पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह व्यय नहीं करेगा, जो भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथना)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "उद्देशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस आवेदन में प्रकाशित करें, जो दानों को आमंत्रित करने के लिये "उद्देशिका फाउन्डेशन" और/या अन्य गतिविधियों के लिये जानकारी प्रसारित करने के लिये उपयोग करेगा। इस प्रकार का उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "उद्देशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने से मैं अपने अधिकारों को प्राप्त करने के लिये स्वतः उत्तरदायी नहीं रहूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथना)

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 की जांच के बाद/पेश की "उद्देशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में हमें या से कोई है, जैसे कि हमने "उद्देशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त करने के लक्ष्य में "उद्देशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "उद्देशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाति/करने के लिये सहायता नहीं मिलती है तो हमें सहायता किसी अन्य सकारात्मक संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तीय मदद के अभाव में ही सकारात्मक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "उद्देशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "उद्देशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और जाने जाने को सही निर्णय लेनी एवं हस्पताल को होने और "उद्देशिका" को कोई भूमिका या निर्णयदाता इस मामले में नहीं होगी।

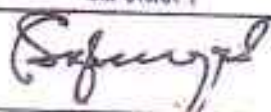
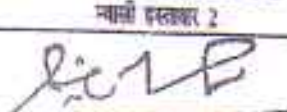
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery सर्जरी का तारीख 11/11/2023	Dr. Shibani Das M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. शिबानी दास के साथ छाप	OPTOM ANAND DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR JYOTI EYE HOSPITAL हमारे द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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