

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1123/0830
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE 15/11/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: FARIDA BEGUM
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष 60
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SK NURUL ISLAM
पिता/काटुम्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तु आवास का
DEHIBHURSAH HUGLI WEST BENGAL 712408

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION: SMALL SHOP
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 1200X12 = 14,400/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान 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 के साथ सम्बन्ध
1.	FARIDA BEGUM	60	F	SELF
2.	SK NURUL ISLAM	69	M	HUSBAND
3.	SK BELLAM HUSSAIN	38	M	SON
4.	SK JAKIR HUSSAIN	25	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सत्य
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DRAGMDSRS CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SPCS FOCAL)

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 सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थरेक द्वारा बोलल गइल)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं सत्य बयान चलाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को ध्यानपूर्वक जानूँ "कोशिका फाउन्डेशन", से मेरी सहायता, जो मुझे केवल उक्त उद्देश्य के लिये मिलना चाहिए, जो इस प्रारूप में पता दिया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता का उपयोग या सफलता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थरेक 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.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर मैं (अर्थरेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लूयर्स, चान, सहायता प्राप्त करने के लिये प्रचारित करने के लिये प्रसारित करे। इस सहमति का अर्थ है कि "कोशिका फाउन्डेशन" मेरी सहायता के लिये मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग करेगी।

2) मैं (अर्थरेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है। इस सहमति का अर्थ है कि "कोशिका" एम्प्लूयर्स के लिये मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग करेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थरेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



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 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 संज्ञा से यह घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त रोगी के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/संभव न हो सके तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो वित्तीय सहायता प्राप्त की जाती है, उसे पर हस्पताल द्वारा ही वह सहायता का निर्णय एवं हस्ताक्षर/निर्देशित का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच ही किया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और करने करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/11/23

Dr. Sandeep Das
M.B.B.S. M.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व इलाज करने वाले डॉक्टर का पता

OPTIM ARUN KUMAR DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital)
SANKARA
हस्ताक्षर का नाम व इलाज करने वाले डॉक्टर का पता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्याता 1 हस्ताक्षर

Safaraj

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्याता 2 हस्ताक्षर

[Signature]