

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1123/0836  
आवेदन संख्या

APPLICATION DATE: 19/11/23  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: NURJAN BIBI  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष: 53  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MOHID ALI  
पिता/कटुम्प का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
PURBA PARA, SHANKARGACHHI, NORTH 24

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता  
PARAGANAS 743423, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता  
— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOME MAKER  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000 x 12 = 36,000/-  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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.	NURJAN BIBI	53	F	SELF
2.	MOHID ALI	67	M	HUSBAND
3.	MADINA BIBI	26	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये निती 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 (SICS + IOL)

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 लिये गई सहायता राशि





**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान वापस कर:**

- 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 पर कहे हुए कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं रहता तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त "उद्देशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।  
 3) मैं यहाँ पर कहे हुए कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया गया है, उसका पूरा या आंशिक या सफल विना किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और उसका "उद्देशिका फाउन्डेशन" और उसके "न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में पूछा है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है, उसके द्वारा सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवं उसके "न्यासी" का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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


आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



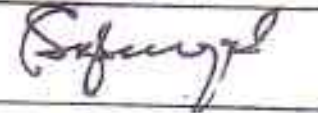
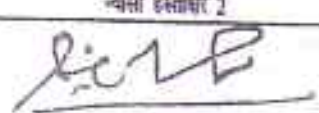
**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)**

- 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.
- हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रत्यक्ष/पेशी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करानी में होने का लक्ष्य है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अनुमोदित/अनुमोदित हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट करार जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता प्राप्त/करानी हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/करानी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर अस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी को उपचार प्रदान और अपने कानों की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं अस्पताल की होंगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई वित्तीय या वित्तीय/उपचार इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>13/11/23</i>	 M.B.B.S. M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर की ओर से डॉ. शिबाशिस दास	 <b>OPTOM ANURAJ DAS</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR PULVER & OPTICAL CENTRE
---	---	---

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

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