

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No. : K/1123/0838 APPLICATION DATE : 19/11/23  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : JAMADAR HAFIJA KHATUN AGE-YEARS 53 SEX F  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : AFSUDDIN  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : SAZARPARA, ULURERIA MUNICIPALITY, BANIBON, HOWRAH, -711316, WEST BENGAL  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE  
स्थायित आवासीय पता



OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 4000 X 12 = 48,000 (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) हाँ / 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.	JAMADAR HAFIJA KHATUN	53	F	SELF
2.	AFSUDDIN	67	M	HUSBAND
3.	SK SABIR	29	M	SON
4.	SK NURUL	26	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) सही ढंग से प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अन्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	<u>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</u>
	<u>SURGERY - LE (SICS + IOL)</u>

**ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED लौ गयी सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन दाता का वाक्य यह:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में मिले रहे सभी निवारण की सहायता के अग्रिम रूप एवं सही हैं। यदि कोई निवारण एवं सहायता प्राप्त हो तो मेरी सहायता निवारण की वा सहायता ही।
- 5) मैं इस बात को घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ही निवारण की मदद नहीं ले रहा हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपने सहयोग की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके निवारणियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवारण इस प्रकरण में मांगित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" एवम् "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया जा सकता है। मैं इस बात को घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निवारण को किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ही निवारण की मदद नहीं ले रहा हूँ।
- 4) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निवारण को किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ही निवारण की मदद नहीं ले रहा हूँ।

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

अभ्यर्थक 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 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 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.
  - 3) इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से निवारण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्ताक्षर) किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले रहे हैं।
  - 4) मैं यह घोषणा करता हूँ कि मैं (हस्ताक्षर) अभी तक किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता/बीमा कंपनी से सहायता नहीं ले रहा हूँ। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हम (हस्ताक्षर) अन्य स्रोत, नियोक्ता/बीमा कंपनी से सहायता ले सकते हैं।
  - 5) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी प्रभाव नहीं है। हमारे/हमारे द्वारा रोगी के इलाज/उपचार और उसके/उसके की जाने वाली निवारण/उपचार की पूर्ण जिम्मेदारी हमारे/हमारे की है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/11/23	<p><i>Dr. Sankar Das</i></p> <p>M.B.B.S. M.S. Gold Medalist (Name of Do &amp; Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख</p>	<p><i>OPTOM SANKAR DAS</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Signature of Authorised Signatory) Concurrence behalf of Hospital SANKAR DAS ऑप्टिकल उपकरण विशेषज्ञ</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Sanjay</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	--