

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता ढेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO.: K/1129/1129

APPLICATION DATE: 02/01/2024  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: NURBANU BIBI  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष  
61  
SEX हिंदू  
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HASEM ALI MOLLA  
पिता/स्त्री का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बंडेलान अवासीय पता  
DHEKNAMARI, MATHBARIAHAD, MINAKHAD  
NORTH 24 PARBHANAS 743442 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE  
जीवनाधीन

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

$3500 \times 12 = 42,000/-$

(Attach Proof of Income)  
(आय का सब्स्टेंस चेलन)

PAN No. स्पष्ट संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
कमा जाए जाए कर पाता है (जो नाम ही उस पर मही का विशान लगायें)

Yes / No  
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 माध्यम सम्बन्ध
1.	NURBANU BIBI	61	F	SELF
2.	HASEM ALI MOLLA	62	M	HUSBAND
3.	ESRAFI MOLLA	32	M	SON
4.	NASIMA BIBI	30	F	DAUGHTER
5.	TUHINA BIBI	26	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत फ्री सेलान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अर्थ अधिकारी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत फ्री सेलान की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत फ्री सेलान की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियोग का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से लाए को गई आवेदन सूची संलग्न
1. DIAGNOSIS — CATARACT — LF	
2. SURGERY — LF (SICS + IOL)	

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 उसी की सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन का प्रमाण 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 योग्यता हूँ कि इस प्रकार ने दिए गए सभी विवरण भी वास्तविक हैं ज्ञानात्मक मतलब एवं मानी है। यदि कोई विवरण ऐसा कहने अनुचित व्यक्त है तो मैं सहायता प्राप्त की जा सकती हूँ।
  - 2) मैं द्वारा जैसा सहायता ही "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जावेगा, जो इस प्राप्ति में भरा जाये है।
  - 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि विवर सहायता हेतु नहीं प्राप्ति की गई है, उस पर्याप्ति का अधिकार या सहायता प्राप्ति से न तो लिया जाए और न ही सहायता में उपयोग किया जाए।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेशन का प्रमाण)

- 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 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 प्रयोग का अवधारणा का जारी की जाए जल्दी, मैं (अप्लिकेशन) अपने सहायता की पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मैं यह चल, कारों और जो विवरण इस प्रयोग में खोलता हूँ, उसे "कोशिका" एवं नामी, धारा, वास्तविक एवं उपलब्धियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्राप्ति या व्यवहार सहायता करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रयोग का विवरण भी इनके के प्राप्ति या जारी करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायीय अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अप्लिकेशन) इस बताते हैं कि मैं यह चल, धारा, कारों और विवरण जो कि सहायता की उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे चल, सहायता का उद्देश्य जो बनता-इस समय पर "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का विविध अधिकृत और वास्तविक होगा।

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

अप्लिकेशन का विवरण का नियम



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल का प्रमाण)

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.

- एवं अधिकृत, हस्पताल की ओर से व्यवहारित होने वाली विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विवर प्रकार से मान व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न कोई व्यवहार और न ही व्यवहार ये विविध सहायता किसी गैर वास्तविक संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त दोनों/व्यक्तियों में जोगे या नहीं होते हैं, ऐसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध/विविध उक्त ये व्यवहार में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यसके हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकृत/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर वास्तविक संस्थान या किसी अन्य सम्बद्ध संस्थान से व्यवहार की अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि व्यवहार का जारी है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त गोपीयामाले हेतु किसी वे व्यवहारी संस्था या किसी अन्य सम्बद्ध से जोगी नहीं होती है।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता को ये विविध उक्ति की है: दोनों यह हस्पताल द्वारा ये गई सहायता या विविध प्रक्रिया का चुनाव द्वारा एवं इसका

<b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:</b> स्वीकृति के लिए संस्कृति			(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम, वर्षा वा हस्पताल अधिकृत अधिकारी
Date of Surgery अंगोंवार की तारीख <i>20/02/2014</i>	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamps) दाक अधिकारी की नाम व हस्पताल के नाम		
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION			आनंदीक उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी हस्पताल 2