

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No. : K/1124/1182		APPLICATION DATE : 12/11/24		 Koshika Foundation Building block of life.	
NAME of APPLICANT : CHAFURA BIBI		AGE-YEARS : 74			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ARMAN SEKH		SEX : F			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : NEBITALA NORTH 24 Pgs. 743425 WEST BENGAL		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE			
OCCUPATION : UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : 6000 X 12 = 72000		(Attach Proof of Income)			
PAN No. : [Blank]		(Attach PAN Card)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		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 से संबंध	
1.	CHAFURA BIBI	74	F	SELF	
2.	ARMAN SEKH	80	M	HUSBAND	
3.	ABUL FARAZ SEKH	44	M	SON	
4.	UMAR FARAZ SEKH	40	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये कितनी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) मरीजी रिकार्ड के साथ 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई नाइय					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे लगे किन्ती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुद्धी संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LG				
2.	SURGERY - LG - (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 ले गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किया गया:-)

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में मैंने अपने सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण मेरे मामले में आवेदन प्राप्त करने से मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की मदद/पैसे/रकम के लिए आवेदन नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी की पुष्टि करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को "कोशिका फाउन्डेशन" के नाम पर, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इस "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए उपयोग करने के लिए, जिसके माध्यम से मैं अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" को सूचित करूँगा कि मैंने इस सहायता के लिए आवेदन किया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है और "कोशिका फाउन्डेशन" के नाम पर, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों को सूचित करूँगा कि मैंने इस सहायता के लिए आवेदन किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया गया)

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 जाँच से मान्यता/पुष्टि को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न से सच व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के लिए प्रेरित करेगा। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया गया है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए आवेदन करने के लिए हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। यदि यह सहायता हमें नहीं मिलती है तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया गया है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए आवेदन करने के लिए हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/11/24

Dr. Shibachis Das
Director
M.B.B.S. M.S (Gold Medalist)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर के साथ नमूना छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद के अनुसार अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2

[Signature]