

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/1124/1184
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE 12/11/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KOHINUR BIBI ZAMADAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 53
SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAJET ZAMADAR
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

CHUNCHURA HULI PARA - BAYAMARI
SANDESHKHALI - 1 NORTH 24 PARGANAS
743442 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION: SMALL SHOP
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60,000
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 से संबंध
1.	KOHINUR BIBI ZAMADAR	53	F	SELF
2.	SAJET ZAMADAR	54	M	HUSBAND
3.	ANORA BIBI	30	F	DAUGHTER
4.	RASHED ALI ZAMADAR	25	M	SON
5.	ZAHANARA BIBI	18	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE - (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 जो वह सहायता पुरो

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हता प्राप्त करने वाला)

- 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.
- 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.
- 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.
- मेरा घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई किरण यह घोषणा असत्य प्रमाण प्रस्तुत करेगा तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्व किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हता प्राप्त करने वाला)

- 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.
- (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.
- इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हता प्राप्त करने वाला) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और जो किरण इस प्रत्येक में वर्णित है, उसे "कोशिका" एम्बलम, नाम, पता/पता द्वारा प्रचारित या प्रचारित विवरणों/सिद्धांतों के लिए किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रत्येक का विवरण सही जानकारी के साथ या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत हूँ।
- मैं (अर्हता प्राप्त करने वाला) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और किरण जो कि सहायता के उद्देश्य के संबंध में प्रस्तुत है, को केवल "कोशिका फाउन्डेशन" से ही अधिकृत है।
- "कोशिका" एम्बलम, नाम, पता, फोटो और किरण को कि सहायता के उद्देश्य के संबंध में प्रचारित करने के लिए प्रयोग करने की अनुमति है। इस संबंध में मैं "कोशिका" एम्बलम, नाम, पता, फोटो और किरण को कि सहायता के उद्देश्य के संबंध में प्रचारित करने की अनुमति है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्हता प्राप्त करने वाले का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा 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:
- 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.
 - 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 ओर से घोषणा/सहमति की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से प्रमाणित करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विज्ञापित उद्देश्य के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रचारित कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि/प्रक्रिया/प्रक्रिया हेतु अनुमति नहीं प्रदान करता है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के अंतर्गत कहा जाता है कि हम सहायता सिफारिश करते हैं कि सहायता सिफारिश करने वाले को सहायता सिफारिश करने की पूर्ण जिम्मेदारी होगी और "कोशिका" को कोई शुल्क या विवेकपूर्ण इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

12/11/24

Dr. S. Das
Director
M.B.B.S., M.S. (Gold Medalist)
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हॉस्पिटल की ओर से सिफारिश करने वाले डॉक्टर

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्हता प्राप्त करने वाले

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safar