

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

4/1124/1205

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

14/11/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

FARHAT BANU

AGE-YEARS आयु-वर्ष

49

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

GULAM RASUL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासस्थान पता

24 CIRCUS ROW, CIRCUS AVENUE, KOLKATA

700014, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

स्थायी आवासस्थान पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

4000 X 12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे।)

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 सम्बंध
1	FARHAT BANU	49	F	SELF
2	SAFI AHMAD	55	M	HUSBAND
3	MANTASHA BANU	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अन्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2	SURGERY — RE (S102 + 10L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:-

- 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 पुष्टि करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता देते हुए प्रार्थन की गई है, उस राशि का जमाव या समकत विरस्त किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छा या अस्वीकार के साथ सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनादि इन्हीं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिपि बद्धी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोक्त है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनीता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

असलेल्या जी समताला या झण्टे का निशान

Farhat Bannu

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हमारे अधिकृत, इस्तेमाल के अंतर्गत से समझने/लेने को "कॉपीराइट फाउन्डेशन" से विधिवत सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्तेमाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही व्यक्ति में किसी सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उच्च रंगी/पद से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिगारिस्ट/विनिर्दि उच्च के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक विनिर्दि अतिरिक्त/सकल हेतु मनुष्य नहीं किंचा बात है तो असमयत किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि असमयत द्वितीय मरद उच्च रंगी/पद से लेने किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही न तो सहायक केवल विनिर्दि प्रकृति की है। रंगी या इस्मयत द्वारा ही न तो सहायक या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं इस्मयत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिये इस्मयत में रंगी के इलाज मुक्त और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रंगी एवं इस्मयत की होगी और "कोशिका" की कोई भी प्रक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वयंसेवकों के लिए संस्तुति

Date of Surgery अथवा 14/11/24	Dr. Shashi K. Das Director M.B.E.S. M.S. (Gold Medalist) (Name of Dr. & Rego. No. with Stamp) डा. शशी क. दास	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व. व. हस्पताल अधिकृत अधिकारी
-------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुसूचित दण्ड्येन हेत

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