

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 4/1223/0915 APPLICATION DATE : 04.12.23

NAME of APPLICANT : ISHATUN NESA AGE-YEARS : 65 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MD. ABDUL LATIF

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KANARPUR, COXA KANARPUR, BEGANGA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : NORTH 24 PARAGANAS PIN-743323 WEST BENGAL

- AS-ABOVE



OCCUPATION : HOUSEMAID MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 2000x12 = 24000/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	ISHATUN NESA	65	F	SELF
2.	ABDUL LATIF	69	M	HUSBAND
3.	TAHALIMA KHATUN	43	F	DAUGHTER
4.	NAZMUL ALAM	45	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: CATARACT हेतु किये गये विपरीत का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT(L)
2.	SURGERY - LE (SICSAIOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य प्रमाण है तो मेरी प्रस्ताविका निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या इसके अंतर्गत को नहीं लेऊँगा, इस राशि का अधिक या बराबर किसी किसी अन्य प्राप्ति/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-up/produce 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सचिवालय को सौंपता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एल्यूमिनियम, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, रेडियो, टी.वी. स्क्रीन, इंटरनेट और सोशल मीडिया के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत करें। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति के लिए मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद नहीं मिलेगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के उत्तरदायित्व के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद नहीं मिलेगी। इस प्रकरण में "कोशिका" एल्यूमिनियम, पत्रों, साप्ताहिक पत्रों, रेडियो, टी.वी. स्क्रीन, इंटरनेट और सोशल मीडिया के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के उत्तरदायित्व के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद नहीं मिलेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

रुमा पूरु लाल

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा स्वीकार)

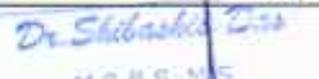
By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्ताविका को "कोशिका फाउण्डेशन" में प्रेषित करके हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह इस (हस्ताक्षर) द्वारा प्रस्ताव से सहायता न मांगे।

- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता के लिए प्रस्ताविका को "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद मांगूंगा, यदि "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद नहीं मिलेगी, तो मैं अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य सहायता के लिए प्रस्ताविका को "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद मांगूंगा।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का हस्ताक्षर द्वारा ही निर्धारित किया जा रहा है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी ही इच्छा से किया जा रहा है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर मैं ही उपचार का पूर्ण उत्तरदायित्व ले रहा हूँ और "कोशिका फाउण्डेशन" को इस मामले में कोई भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	 M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर सहित	 Signature & Stamp of Authorized Signatory of Hospital नाम व छाप अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका फाउण्डेशन के लिए उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
