

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 4/1223/0916
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 04.12.23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SAHERA BIBI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 61
SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MANSUR ALI
पिता/ससुरा का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: FASIL PUR BAJINAGAR PHAZIPUR NORTH 24

PARGANAS WEST BENGAL - 743423

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: VEGETABLE SELLER

MARRIED / UNMARRIED: MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: 1500 x 12 = 18000.00

(Attach Proof of Income)

PAN No.:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो बन्द हो रहा है या नहीं का विवरण देंगे):

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	SAHERA BIBI	61	F	SELF
2.	MANSUR ALI	69	M	HUSBAND
3.	MANWARA BIBI	35	F	DAUGHTER
4.	SAHANWAR BIBI	22	F	DAUGHTER
5.	ANWARA BIBI	25	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATRACT (RE)
2.	SURGERY - RE (SIPSTIOL)

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये तो मैं मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
 - 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउण्डेशन", से जो मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में मंगल है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र भेजा जा रहा है, उस मदद का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मैं नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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/post-upreproduce 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 donors 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.डी.ओ.ए.ए. के माध्यम से दूरदर्शन के जुरो, वीडियो/ऑडियो और इलेक्ट्रॉनिक के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरे उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" के माध्यम से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता को उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए प्रसारित किया जा सकता है, इस संबंध में "कोशिका" एन.डी.ओ.ए.ए. के माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे-हमें को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में घोषणा करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से मदद लेनी पड़ेगी। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं है, हमें "कोशिका फाउण्डेशन" को सूचित करना होगा।
 2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो मदद सहायता के रूप में प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय है। रोगी का उपचार और सुरक्षा के लिए हमें पूर्ण जिम्मेदारी होगी। "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमें रोगी के उपचार और सुरक्षा के लिए पूर्ण जिम्मेदारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमत

<p>Date of Surgery अवस्थापन की तारीख</p> <p>09/12/23</p>	<p><i>Dr. Shibashank Das</i> M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का नाम, पता</p>	<p><i>OPTIM HEALTH CARE</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory or behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पता</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों द्वाराकर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों द्वाराकर 2</p>
	