

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No. : K/1224 / 1464 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 10/12/24 अवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : FATEMA BIBI आवेदक का नाम		AGE-YEARS 89 वर्ष	SEX F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SAHAR ALI MOLYA पिता/हस्तुम्य का नाम					
PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता DHEKNAMARI, SANDESHKHALI - I, NORTH 2A PARGANAS 743442, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : UNEMPLOYED व्यवसाय			MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 2000X12 = 24,000/- कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. रखाई करता हूँ/करती हूँ					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
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.	FATEMA BIBI	89	AF	SELF	
2.	AJIBUL KADER	81	M	SON	
3.	MOLIDA BIBI	5+	F	DAUGHTER	
4.					
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एड्स और कार्य प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रशन कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न में निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached चिकित्सा/प्रेस्क्रिप्शंस से जुड़े की गई प्रमाणित सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (SIC + 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 सी गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 निषंग एवं कथन असत्य प्रमाण पाया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह अर्थ नहीं लेता, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 its 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके निरक्षकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, पत्र, कथन/प्रमाण पत्रों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है और/या कोशिका फाउन्डेशन और/या निरक्षकों को मेरे विवरणों के बारे में जानकारी के लिए प्रेरित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मेरी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस सहमति से "कोशिका" एवं उसके निरक्षकों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शक से हस्ताक्षर या बाईं अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहां उपरोक्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से भय व स्वीकार्यता करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिए या से ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के तहत के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त या अंशतः अस्वीकार्यता हेतु संपूर्ण कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता निरस्त अन्य न तो सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोग के लिए किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत इस से कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने अपने को सभी निम्नोपरी रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या वित्तीय इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/12/24	<i>Dr. Shibashis Das</i> M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Designation with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	<i>OPTOM. ANANTA DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
<i>Safar</i>	<i>Dr. B.</i>