

(Healthcare)

सहायता हेतु व्यावेदन प्राप्त

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No. :	K	1224	1486	APPLICATION DATE:	21	12	24
आवेदन संख्या :				आवेदन तिथि			

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	AMNA BIBI	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
		63	F

FATHER/SPOUSE'S NAME: MD BASTR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS বর্তমান আবাসিক ঠাানা
5-6 B/7 KARIM BUX ROW COOCHPORE
KOLKATA - 700002
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : सहाई व्यावसायिक पहा

AS ABOVE

OCCUPATION: व्यवसाय	HOUSE WIFE	MARRIED (Ref)
------------------------	------------	---------------

TOTAL ANNUAL INCOME :		5000 x 12 = 60000	(Attach Proof of Filing with Income)
-----------------------	--	-------------------	---

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tik wahin jawab karna hai jahan likha hai)
क्या आप आय कर दत्ता हैं (जो राज्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

[illegible]

REASONS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्नित् कारण

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

स्वाध्याय हेतु किये गये विनाश का तद्देश्यः

Sr. No.	रूप संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.		DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.		SURGERY - RE - (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस व्यूतेज को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्तरीय से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन स्वीकार किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पूरा किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह अवसर नहीं चाहता हूँ, जिससे कि मैं किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही मिल रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकार)

- 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/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 its 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति जता रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हों, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सक वगैरहों से जुड़े व्यक्तिगत और वित्तीय विवरणों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" न स्वतः अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को जारी रखने से प्रभावित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स को निर्णय लेने और सम्मति देने का अधिकार है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- 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.
- इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा सिफारिश करने के लिए, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का प्रयास करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिले। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हम स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" केवल वित्तीय सहायता प्रदान करता है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय सहायता है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" इसका निर्णय नहीं करता है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया और अन्य बातों को सही दिशा में लेने एवं हस्पताल को ज़िम्मेदार और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/12/24

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S.M.S
(Name of Doctor & Regd. No. with Stamp)
संलग्न चिकित्सक का नाम व पंजीकृत नं.

OPTIONAL SIGNATURE
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]