

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/1224/1545

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 27/12/24

आवेदन दिनांक

NAME of APPLICANT: HALIMA GHARAMI

आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MOSHEM GHARAMI

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान

MAKHALGHACHHA HASNABAD NORTH 24 PARGANAS
743422 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास स्थान

AB-ABOVE

OCCUPATION: MASON

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

4000 x 12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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 संबंध
1.	HALIMA GHARAMI	57	F	SELF
2.	MOSHEM GHARAMI	32	M	SON
3.	SERENA MONDAL	30	F	DAUGHTER
4.	SABINA SARDAR	27	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पत्र संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (L)
2.	SURGERY - L & R (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो यह सहायता करी

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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त सहायता हेतु वह अन्यथा नहीं गई है, उस रकम या व्ययिता या समस्त हिसाब निम्नी अन्य स्रोत/निम्नस्थान/कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रथम पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप सम्पन्न, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रथम में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट, दान, सम्पन्नता हेतु उद्देश्य से कुछ व्यक्तिगत और व्यक्तिगत के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रथम का निष्पत्ति मेरी हस्ताक्षर के बिना या पर मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सम्मत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से अधिकृत है पुष्टि करता: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सम्पन्नता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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, in 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.
- इहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यताओं को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्त सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्त सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें प्राप्त करने के लिए हमें प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निम्नी उक्त के सम्पन्न में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निम्नी व्यक्तिगत/सहायता हेतु मन्दिर नहीं किया जाता है तो हमारा निम्नी अन्य गैर सहायता संस्था या किसी अन्य सम्पन्न से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर करने पर उक्त संस्था/सहायता हेतु निम्नी गैर सहायता संस्था या किसी अन्य सम्पन्न से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। सेवा पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता का करने गैर सम्पन्न/प्रक्रिया का चुनाव सेवा एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर ने सेवा के इलाज सुरक्षा और अपने बारे में सभी निम्न/गैर सेवा एवं हस्ताक्षर की सेवा और "कोशिका" को कोई दायित्व या निम्न/गैर इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27/12/24	Dr. Shibachis Das M.B.B.S.M.S (Name of Dr. to be signed with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप	OPTOM SANKAR DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद/हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>