

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)					
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)					
APPLICATION No.: M/0223/0782		APPLICATION DATE: 09.02.2023					
NAME of APPLICANT: AYESA KHATOON		AGE-YEARS: 52	SEX: F				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AKHTAR HUSSEN							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 77/9, NARKELDANGA NORTH ROAD, NARKELDANGA, KOLKATA 700011, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)					
PAN No. (आपका पैन नंबर)							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No							
FAMILY DETAILS							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	AYESA KHATOON	52	F	SELF			
2.	AKHTAR HUSSEN	54	M	HUSBAND			
3.	TARAH HUSSEN	30	M	SON			
4.	MAHZEEN HUSSEN	28	F	DAUGHTER			
5.	MO. TARAHIN	24	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Card Copy)		Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किये गये विपत्ती का उद्देश्य:							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE						
2.	SURGERY - LE (SICOPOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
1.							
2.							
3.							
4.							

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता एपि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में गद्य तथा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या सकल विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

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/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याता, एन. पावन/या दूसरे उद्देश्य से दूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे लभ्य: सहायता का इकाइय नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की 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, 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से व्यवस्थापकी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से माध्यम व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मायले में ली जाये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मंदर हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य री सरकारी संस्था या किसी अन्य समाधान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मंदर उक्त रोगी/मायले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य समाधान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविष्य का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

09/02/23

Dr. Shibashis Das

(Name of Dr.
हस्तर का नाम)OPTOM ANANTI DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
होम में पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्याता हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्याता हस्ताक्षर 2

Safar