

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

 APPLICATION No. : **M/0822/0244** APPLICATION DATE : **19.08.22**
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : **RUPJAN BIBI** AGE-YEARS : **52** SEX : **F**
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **LATIF MONDAL**
 पिता/कटुम्भ का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
JUGHERIA, MIRAGACHA, NORTH 24 PARGANAS 700110, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

 OCCUPATION : **HOUSE WIFE**
 व्यवसाय

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL**
 कुल वार्षिक आय

 (Attach Proof of Income)
 (आय का साक्ष्य संलग्न)

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 / ☒ NO
 हाँ / 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.	RUPJAN BIBI	52	F	SELF
2.	CEKH MUISTR ALI	58	M	HUSBAND
3.	NAJIMA BIBI	30	F	DAUGHTER
4.	HALIMA BIBI	28	F	DAUGHTER
5.	AKLIMA BIBI	25	F	DAUGHTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विवृति आधार

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

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + 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 ली गई सहायता राशि



DECLARATION by APPLICANT (अर्शेदक 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 दिए गए सभी विवरण सही 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 दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता, जो इस प्रारूप में उद्देश्य के लिए अनिवार्य रूप से मांगी जा रही है, केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो राशि ले ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें। इसे "कोशिका" द्वारा या किसी भी अन्य माध्यम, पत्र, प्रकाशित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यम से सहायता के लिए प्रचारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से उपयोग करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेदक के 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 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 नामांकित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी जा रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अतिरिक्त/अन्य स्रोत से मांगी जा रही है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए मांगी जा रही है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किसी भी अन्य स्रोत/संस्थान का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुझाव और अन्य बातों की सही विनियमिता रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/08/2022	Dr. Skillashis Das M.B.B.S. M.S. (Name of Doctor & Hospital Stamp) डॉक्टर की हस्ताक्षर और हस्पताल का मुहर	OPTOM ANANTA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) हस्पताल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और मुहर
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्थानी हस्ताक्षर 1 Safar	SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्थानी हस्ताक्षर 2 Safar
---	---