

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

 APPLICATION No. : M/0922/0248
 आवेदन संख्या :

 APPLICATION DATE : 02/09/2022
 आवेदन तिथि :

 NAME of APPLICANT : SABRA KHATOON
 आवेदक का नाम :

 AGE-YEARS : 62
 जन्म-वर्ष :

 SEX : F
 लिंग :

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MD. ISMAIL
 पिता/पति का नाम :

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 85/3 SASTITALA ROAD, NARKELDANGA,
 KOLKATA 700011, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 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 करें)

 PAN No. :
 आयकर पहचान 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 सम्बन्ध
1.	SABRA KHATOON	62	F	SELF
2.	MD. HUMAYUN	40	M	SON
3.	MD. BABUR	32	M	SON

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए विधि आधार

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

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

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

 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत 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: ਮੰਤਰੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ

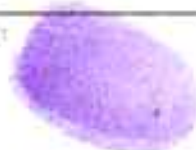
- 1) I hereby confirm that all details in this form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 यथेष्ट 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 दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कारिका कायन्दलन" में ही जा रही हूँ, इसका प्रयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में करा गया है।
- 3) मैं यथि करता हूँ कि किसी सहायता हेतु यह प्रारूप को एवं/उप-रहित का अतिरिक्त या समान विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीज।

AGREEMENT by APPLICANT (30988 0101 0001)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार जो अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दल, साधनालय दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में उचित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदन की हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (बिधायक द्वारा किया)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिकार, हमलक्ष्मी को और से सम्बन्धितों को "कोमिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु प्रकाशित की जाती है, जिसे हम (हमलक्ष्मी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही भविष्य में विविध महापदा किसी एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थापना से उभर सकेंगी; बल्कि वे लोगों या नौ रहे हों, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से सिफारिश किया। उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हो चुका है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा महापदा विनीत अतिशय संभव हो चुका है तो सरकारी किसी अन्य एक सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से महापदा लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय चरण उक्त सीरी/पथ से हो चुका है और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका काउन्डेशन" से ली गई महापदा केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमसलता द्वारा ही यह संभव था कि यदि यह उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एक हमसलता से बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमसलता में ऐसी कोई इच्छा सुरक्षा और जाने-माने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एक हमसलता को होगी और "कोशिका" को कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वामीजी के लिए संस्कार

Dr. Shibashis Das
M.B.B.S M.S
Gold Medalist
(Name of Doctor, Reg. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण संख्या के साथ

OPTIONAL CERTIFICATE
Senior physician office
Consultant ophthalmologist
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
SANKAR EYE INSTITUTE
नाम व पद हमसल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
02/09/22

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्त्यायक उपकरणे हंत

SIGNATURE of TRUSTEE :
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी दस्तखत २

Erfaugyl

Rich