

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : M/1022/0362  
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 11/10/22  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : RASHIDA BEGUM  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ABDUL MASUD  
पिता/कन्या के नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

51/H/3 NARIKEL DANGA NORTH ROAD,  
KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : COOK  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 2000 x 12 = 24,000/-  
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई छला संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नित करें)Yes / No  
हां / 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.	RASHIDA BEGUM	50	F	SELF
2.	ABDUL MASUD	55	M	HUSBAND
3.	MD. ALIF	22	M	SON
4.	MD. KAMIL	25	M	SON
5.	MD. REHAN	22	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE.  
सहायता हेतु किये गये चिह्नित 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 (SIC + TOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य को 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 की गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा वाक्यांश 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 यथार्थता के साथ यह घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा वाक्यांश प्रस्तुत किया जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यथार्थता के साथ यह घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यथार्थता के साथ यह घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो राशि लेऊँगा और न ही अधिकार प्राप्त करूँगा।

**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/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 it's 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 अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोग को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यक्तियों'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एवम् 'व्यक्तियों' द्वारा, वाचस्पतिक, दूरदर्शन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, ऑनलाइन, ऑनलाइन और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा दिये गए विवरण को प्रचार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, सहायता का अंतिम प्राप्ति तक, इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'व्यक्तियों' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली 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.

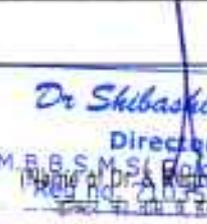
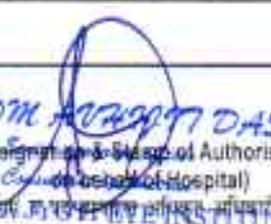
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume 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.

उपरोक्त अधिष्ठाता, हस्ताक्षर की ओर से समझौते/पत्रों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने का है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से इकट्ठा की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निम्नलिखित एक के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट उद्देश्य है कि हस्पताल द्वितीय मदद प्राप्त करने/प्राप्त करने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और जारी रखने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 11/10/22	 <b>Dr Shibashis Das</b> Director M.B.B.S.M.S. (Gen Surgery) (W.P.S.C.) (Name of Dr. A.K.A. Hospital Stamp) अंगुली के छाप के साथ हस्ताक्षर करें	 <b>OPTOM ANURAGTI DAS</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) SANKAR PROGRESSIVE INSTITUTE
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**      अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2
