

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य ईकाग्रता)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: M/1022/0390	APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 13/10/22
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: TAIBUN NISSA	AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 60 SEX लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहस्र का नाम: MD. RAFIQUE	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता 41/H/7, DR. MANINDRA CHATTERJEE SARANI, RAJA RAM MOHAN SARANI, KOLKATA - 700009, WEST BENGAL	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता - AS ABOVE -	
OCCUPATION व्यवसाय: HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: NIL	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रदान करें)
PAN No. स्थायी खाता संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी का निशान लगाएं): Yes / ☒ No / ☐	



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 से संबंध
1	TAIBUN NISSA	60	F	SELF
2	MD. RAFIQUE	38	M	SON
3	TAHID ACAM	52	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) तरीकी रोज़ा की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु किसे लक्ष्य विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रुची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (IOL + IOL)

 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि

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 लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप से अमान्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं गृहित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया जा रहा है, उसे भविष्य में आजीवन या अलग-अलग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया जाए और न ही वसुली की जाए।

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 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को गृहित करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके "वार्डनों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रारूप का विवरण मेरी इलाज के उपरान्त या पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा सकती है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं पूर्ण सत्य; सहायता का हस्तांतरण नहीं किया जाएगा; इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके वार्डनों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का 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 घोषणा/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से मिलेगी या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता से सहायता से लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस गृहित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल इसी तरह मदद उपाय/प्राप्त हेतु किसी भी सहायता से या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय इकाई की है। रोगी का हस्पताल द्वारा की गई सलाह या निर्णय रोगी/रोगी का चुनाव नहीं है। हस्पताल को घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/10/22	Dr Shibashis Das Director M.B.B.S.M.S(Gold Medalist) (Name of Dr. & Regs No. & Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज के लिए नंबर व छाप	Dr. TOM AVANISH DAS Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTIRUBH Hospital नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2