

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: M/1022/0399 APPLICATION DATE: 14/10/22

NAME of APPLICANT: Bibi RAUSHAN Ara AGE-YEARS: 70 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: C.N. ANISH AHMAD

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 55/42, BINAN NAGAR, SARDAR PARA, KAIKHALI, AIRPORT, NORTH 24 PARGANAS - 700052, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes (हाँ) / No (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.	BIBI RAUSHAN ARA	70	F	SELF
2.	C.N. ANISH AHMED	72	M	HUSBAND
3.	SAENAB AHMED	48	M	SON
4.	SHABISTAN AHMED	45	F	DAUGHTER
5.	TABASUN AHMED	42	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

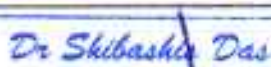
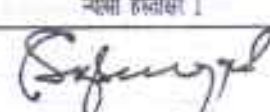
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे पत्र विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुष्टि 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 लेई गई सहायता राशि
------------------------	---	--



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भर्षण कर)		
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. 4) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि इस प्रकरण में दिए 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। 5) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी मदद करेगी है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मंद गण है। 6) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह व्यय नहीं करूँगा। मैं इस मदद का अतिरिक्त या अलग विधायन किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)		
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 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. 3) इस प्रकरण पर अपने इच्छाशक्त या अंतर्गत की जाने लागता है। मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में शामिल है, इसे "कोशिका" एवम् उसकी, इन, साधन/माध्यम द्वारा उद्देश्य से सुदूर गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे इच्छाशक्त या अंतर्गत के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न करेगी अधिकृत है। 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से शामिल है सुदूर सत्य, सहायता का इच्छाशक्त नहीं करेगा। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसकी गतिविधियों का विवरण अंतर्गत और साधन/माध्यम होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगुष्ठ का निशान		
		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)		
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, हमारी की ओर से भर्षण/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 भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से हमारे रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि। इस बात संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंद गण है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/अस्वीकृत हेतु मंद गण नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मंद गण उस रोगी/रोगी के लिये किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा मेरी मदद सहायता के लिये या सहायता/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई कथन नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी के इच्छाशक्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी मेरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिये संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/10/22	 Dr. Shibashree Das Director M.B.B.S M.D. (Gen. Med. & Surg.) Reg. no. 21025/MBMG भारत का डॉक्टर के रूप में पंजीकृत	 OPTIM KASHIKI CAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTI INSTITUTE के लिये सहायता 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 