

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : M/1122/0487		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 20.11.2022		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : SAHDUN NESA		AGE-YEARS : वय-वर्ष : 62	SEX : लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम : MD. SHAMIMUDDIN				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : W/11/1/6 HARSHI STREET, RAJA RAMMOHAN SARANI, KOLKATA 700009, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : — AS ABOVE —				
OCCUPATION : व्यवसाय : HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : NIL		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. : पैन संख्या : [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न कर निशान लगाएँ): 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.	SAHDUN NESA	62	F	SELF
2.	NAZMA KHATOON	39	F	DAUGHTER
3.	MD. SHAMIMUDDIN	67	M	HUSBAND
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति 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 किये गये विवृति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RP			
2.	SURGERY - RP (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली		



**DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा घोषणा पत्र)**

- 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 फॉर्म में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता स्थगित की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता की जा रही है, जल्का उपरोक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताना गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करार)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 का अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम्, ज़रूरी, दान, धारकताय दस्ता-उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रमोशन करने के लिए अधिकृत है। जो प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कागज में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ज़रूरी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है पूर्णतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम्, इनके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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.

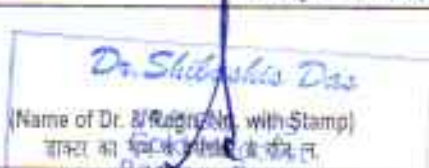
इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से उपरोक्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही लई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार जो भी है सहायता या वित्तिय रूपे उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और करने करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई सुझा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <b>20/11/22</b>	 <p><b>Dr. Shikshak Das</b> (Name of Dr. &amp; Signature, with Stamp) डाक्टर का नाम, हस्ताक्षर और मुहर</p>	<p><b>OPTOM ANUPAM DAS</b> Senior Program Officer (Name, Designation &amp; Signature of Authorised Signatory) <b>SANKARAYOGI HOSPITAL &amp; INSTITUTE</b> गोम 3 पर इलाहाबाद अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** अनारंभिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी हस्ताक्षर 2
