

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. : K/1019/1719

APPLICATION DATE : 12/10/2019

NAME of APPLICANT : AMBIYA BIBI

AGE-YEARS अनु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ABDUL KARIM SK.

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RAMTANUNAGAR 64 BARI, HADHUSUBANPUR,  
SOUTH 24 PARGANAS 743374, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION : HOUSEWIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 X 12 = 24000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निराल संकेत)

Yes / No

है / 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.	AMBIYA BIBI	65	F	SELF
2.	ABDUL KARIM SERIA	71	M	HUSBAND
3.	ANWAR HUSSAIN SK	33	M	SON
4.	ABUL HUSSAIN SK	38	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अन्य वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न की)	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 - LE
2.	SURGERY - LE (STCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान चरण 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 धोखे काट हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दान के सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद पत्र है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को नहीं है, इस दान का व्ययिण या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करण)**

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायो, दान, सहायता दान उद्देश्य से मुझे प्रचारित करने और सहायता के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी सहायता के पत्रों या कार में पत्रों के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रचारित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायोप का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान करण)**

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 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.

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

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से की जाए, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु उक्त रोगी के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु वित्तीय सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत दान से या सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और उम्मीदों को सही निर्णय देना एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन का तारीख <b>12/10/2019</b>	Dr. Ananya Das MBBS, MS (Name of Do & Regn. No. with Stamp) Susrut Centre for Research & Research Centre	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोगी पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	