

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1019/1730  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 14/10/2019  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : AISHA KHATOON  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 59  
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MD ISU  
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

111, TOPSTA ROAD, GOBINDA KHATICK ROAD,  
KOLKATA 700046, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOUSEWIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1500 X 12 = 18000/-  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 सम्बन्ध
1.	AISHA KHATOON	59	F	SELF
2.	SK RAHMAN AIT	63	M	HUSBAND
3.	SK SAHA BUDDIN	32	M	SON
4.	SK FARUQUDDIN	29	M	SON
5.	NIKHATI ASMIN	27	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विन्यास का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS = CATARACT = RE
2.	SURGERY - RECSICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रकरण में दिये 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।
- 2) मैं इस ओर साहसपूर्वक रूप से "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता ले रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस सहायता का अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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/post-up/produce 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 प्रकरण पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप साबित करने पर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हे "कोशिका" दान, प्रचार, प्रकाश, इत्यादि उद्देश्यों से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी देने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इस पर विचार करे हुए इन बातों को करने या कराने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अपनी अधिकृतता स्वीकार करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रकाशित करने से मुझे सहायता का अधिकार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दान, प्रचार, प्रकाश, इत्यादि उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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.

हमने अधिलेखित, हस्ताक्षर की और से अधिकृत/ऐसी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी के लिये या से ले ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन/अतिरिक्त/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल को सहायता स्रोत के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन/अतिरिक्त/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल को सहायता स्रोत के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन/अतिरिक्त/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पर उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रकरण को सही प्रकार से करने में अस्पताल/हस्पताल का पूर्ण उत्तरदायित्व है और हस्पताल को बीमारी का निवारण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और जारी करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>14/10/2019</p>	<p><b>DR. Atok Agarwal</b> MBBS, MS, PhD (Eye), FMRP, FSNEC Reg. No.-68868 Srinivas Eye Foundation &amp; Research Centre (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाजकर्ता का पता</p>	<p><b>Shib Sankar Bagchi</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदारों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदारों हस्ताक्षर 2</p>
	