

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1114/2173 APPLICATION DATE : 15/11/2019  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : AIMA LASKAR AGE-YEARS 59 SEX F  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : AYUB LASKAR  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : NGHARAH I, JAYNAGAR, SOUTH 24 PARGA  
NAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : HOUSEMAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 X 12 = 24000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्वास्थ्य खाता संख्या  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 संबंध
1	AIMA LASKAR	59	F	SELF
2	MOOK KHAN	30	M	SON
3	ISRAIL KHAN	27	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किने गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिपत्र से प्राप्ति की गई प्रतिलिपि संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 एकी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रकार की सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही ले रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रयोजन नहीं करूँगा, उस सहायता का व्यय किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 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 की सहायता हेतु मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार में प्रयोग कर सकें, जैसे कि वे अपने "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, मुझे सहायता हेतु प्रचार-प्रसारण के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रयोग करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकार की सहायता हेतु मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत किया है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये मैं "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, मुझे सहायता हेतु प्रचार-प्रसारण के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रयोग करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकार की सहायता हेतु मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत किया है।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ के अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वे हम (हस्पताल) को सहायता हेतु प्रचार-प्रसारण के लिये मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, मुझे सहायता हेतु प्रचार-प्रसारण के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रयोग करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकार की सहायता हेतु मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत किया है।
- 1) यह कि मैं या मेरा हस्पताल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु प्रचार-प्रसारण के लिये मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, मुझे सहायता हेतु प्रचार-प्रसारण के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रयोग करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकार की सहायता हेतु मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत किया है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता हेतु सिफारिश कर रहा हूँ। मेरी या मेरे हस्पताल द्वारा मेरी या मेरी सहायता हेतु प्रचार-प्रसारण के लिये मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत किया है। मेरे प्रकार की सहायता हेतु मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, मुझे सहायता हेतु प्रचार-प्रसारण के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रयोग करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकार की सहायता हेतु मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत किया है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/11/2019</p>	<p>Dr. Anshu Das M.B.B.S Reg. No. 69372 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p><i>Sanket Bagchi</i> Sanket Bagchi Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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