

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1119/2219** APPLICATION DATE : **16/01/2019**  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **JARINA KHATOON** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **68** SEX लिंग : **F**  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **YASIN KHAN**  
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान निवासीय पता**  
**35 H/3, DR H N CHATTERJEE SARANI, ANHERSTI STREET, KOLKATA, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **स्थायी निवासीय पता**

**AS ABOVE**



OCCUPATION : **HOUSE WIFE**  **MARRIED (विवाहित)** /  **UNMARRIED (अविवाहित)**

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1700 x 12 = 20,400/-** (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. **स्वयं खाली संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  **Yes / हाँ** /  **No / नहीं**  
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान रखें)

**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.	<b>JARINA KHATOON</b>	<b>68</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>SHAKEL AHMED</b>	<b>34</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>

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

<input type="checkbox"/> <b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपयुक्त पत्र (उपयुक्त पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (उपयुक्त पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>Ration Card</b> (Attach Copy) रशन कार्ड (उपयुक्त पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किन्से कसे निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS — CATARACT — LE</b>
2.	<b>SURGERY — LE (CICS + IOL)</b>

**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 हाँ या सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 मेरे ज्ञानकारी 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 घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
  - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता प्राप्त करूँगा और न ही बीमा में हस्तक्षेप करूँगा।

**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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक द्वारा घोषणा किये गए "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" एन.पी.ओ. द्वारा, कथन/चित्र द्वारा प्रकाशित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों अधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे हस्तक्षेप के प्रकाशित करने के लिये मुझे सहायता प्राप्त या जारी रखी जा सकती है। इस संबंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 & except 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.

हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा, हमें इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या उसी रोगी के लिये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना या "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त कर चुके हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है/अपूर्ण रहती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत/अन्य सहायता संगठन से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये ही प्रदान करेगा या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं करेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तक्षेप/उपचार का चयन रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हस्ताक्षर/हस्ताक्षर करने वाले रोगी के हस्तक्षेप/उपचार और अनेकानेक को सही विधि/उपचार देने एवं हस्ताक्षर करने और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या निम्नोपरी इस सहायता में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>16/03/2019</p>	<p>Dr. Nalini Karan M.D., F.R.C.S. (Ed), F.R.C.S. (Glasg) F.R.C.S. (Ophth), F.R.C.S. (C) (UK) F.R.C.S. (C) (UK)</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) Centre डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>S. Sanker Bagchi (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Centre रोगी व पर हस्ताक्षर 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>
	