

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1219/2880  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 06/12/19  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ASHRUFA SEKH  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 72  
वय-वर्ष

SEX F  
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NURHASUE SEKH  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

DILKI, MANDAKHAR, SARGIPUR, BELDANGATI  
MURSHIDABAD 742163, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 \* 12 = 21600/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. नहीं प्राप्त

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

Yes / हाँ / No / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	ASHRUFIA SEKH	72	F	SELF
2.	NURHASUE SEKH	70	M	HUSBAND
3.	MUKLEFA BEBI	48	F	DAUGHTER
4.	AKEFA BEBI	46	F	DAUGHTER
5.	SAMEUL ISLAM	62	M	SON
6.	KEMRA ALBI	38	F	DAUGHTER
7.	MARGIS BEBI	36	F	DAUGHTER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए कौन सा आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की एक प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की एक प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की एक प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे करने वाली का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से चर्ची की गई प्रतिक्रिया भूमी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STES + IOL)

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक 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 असत्य कथन गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं इस बात को सहायता एता "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य सहायता हेतु यह प्रकरण को नहीं है, इस एता का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करत)**

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 fulfilment 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 (अर्हक) अपने अंगूठे की छाप लगा हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, उन्हें "कोशिका" द्वारा नामों, पता, सम्पर्क एवं उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहित करें और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रोत्साहित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छा के अतिरिक्त या मेरे नाम से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रोत्साहित करने के लिये सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

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 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.

- हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से सम्बंध/उपेक्षा को "कोशिका फाउन्डेशन" से निर्दिष्ट सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निर्दिष्ट सहायता किसी और सहायता से प्राप्त या किसी अन्य सहायता से पूरक लेनी/पाने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट नहीं/असमर्थ हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता से प्राप्त या किसी अन्य सहायता से प्राप्त होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में उक्त कहा जाता है कि अस्पताल निर्दिष्ट भरण उक्त लेनी/पाने हेतु किसी और सहायता से प्राप्त या किसी अन्य सहायता से नहीं लेनी/पाने।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उम्मेद या हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता या किये गये उपचार/उपेक्षा का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर से लेने के इच्छा रखता और अपने जाने की सही विनियमों लेने एवं हस्ताक्षर की लेनी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या विनियमों इस सम्बंध में नहीं लेनी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकार्यता के लिये संस्तुति

Shih Sankar Bagchi

Director  
Bharat Eye Foundation & Research Centre  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
यह पत्र हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Dr. Madan Mohan Mishra  
MBBS, MS, Fellowship (Cataract)  
(Name of Dr. to Sign. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या छाप

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
06/12/19

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2