

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3878 APPLICATION DATE : 03/01/2020

NAME of APPLICANT : HAJERA BIBI AGE-YEARS : 62 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ABDUL HAMEED



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : RANJANA, DHARAMPUR, MURSHIDABAD  
740106, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -

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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800 x 12 = 21600/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

**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 अर्हक के साथ सम्बन्ध
1.	HAJERA BIBI	62	F	SELF
2.	ABDUL HAMEED	68	M	HUSBAND
3.	RAHUL KUDUS	37	M	SON
4.	MASRUK SIS	30	M	SON
5.	SIYMA BEWA	35	F	DAUGHTER
6.	SEFALI BIBI	32	F	DAUGHTER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये स्थिति अक्षर

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input type="checkbox"/> Any Other Basic/Proof
--	--	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये स्थिति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शंस अटैच
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता कियी अन्य स्रोत से लिख गये हो?

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात नहीं है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से प्रार्थना करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से रही जा रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पत्र सत्य है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं न तो वर्तमान में, न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो प्रत्येक है और न ही परिष्कार में हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप डालकर, मैं (अर्पणक) कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशक द्वारा प्रसारण से मुझे सहयोगियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे इलाज के खर्च पर करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रसारण के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः प्रार्थना का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उचित उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से अर्पणक/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करती है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/संस्था से किसी अन्य रोगी से उम्मीद/प्रार्थना में होने पर से नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त की जानकारी में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो अर्पणक किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता जाता है कि अर्पणक द्वारा प्रदान किया गया सहायता केवल वित्तीय प्रकृतियों पर उम्मीद/प्रार्थना हेतु किसी और स्रोत/संस्था से किसी अन्य रोगी से नहीं सहायता/प्रार्थना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृतियों की है। रोगी या अर्पणक द्वारा ही मैं सहायता का निर्णय करने अर्पणक/रोगी का भुक्तान करने एवं इलाज के खर्च का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए अर्पणक में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सभी जिम्मेदारियाँ ही एवं अर्पणक की होगी और "कोशिका" की कोई भुक्तान या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

**Dr. Vrushali Deshpande**

**Shib Sankar Bagchi**  
Director

Date of Surgery  
अर्पणक की तारीख  
13/01/2020

MBBS, DNB (Ophthalmology), FICO  
Fellowship in Pediatric  
Reg. No. - 77128 (WBMBS)  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर 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