

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3060 APPLICATION DATE : 20/01/2020

NAME of APPLICANT : SOLEMAN BISWAS AGE-YEARS : 75 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : POME BISWAS



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MALOPARA, PADMAVAIPUR, MURSHEDABAD  
742166, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : — AS ABOVE —

OCCUPATION : UNEMPLOYED 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.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	SOLEMAN BISWAS	75	M	SELF
2.	NURJISHAR BIBI	68	F	WIFE
3.	SHEENA BEBI	43	F	DAUGHTER
4.	SHEFALI BIBI	41	F	DAUGHTER
5.	SAHITRA BIBI	38	F	DAUGHTER
6.	SAHEEDUL BISWAS	36	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

EPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basic/Proof
-----------------------------	-------------------------------------------	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यु फॉर्म 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताने के लिए दिये गये हैं।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में भी, उक्त उद्देश्यों के अतिरिक्त या अलग-अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो मदद ली है और न ही लीयेंगे।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यु फॉर्म पर)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित है, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारण, प्रकाशन, प्रसारण के माध्यम से मुझे अधिकृत और सहायता के लिए किसी भी उद्देश्य के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे उद्देश्य के पत्रों या पत्रों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित है।

2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त मदद को "कोशिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारण, प्रकाशन, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

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

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल ह्यु फॉर्म पर)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं:

1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध करेंगे, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने का अर्थ है कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध करेंगे कि हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस रोगी के चिकित्सक का चुनाव करने पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउंडेशन" इस रोगी के इलाज के लिए कोई भी भूमिका नहीं निभाएगा। इसलिए हमें सहायता हेतु अनुरोध करने का अर्थ है कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध करेंगे कि हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. Amit Budrukkar  
 Reg. No. - 17461  
 MBBS, DNB (Ophthalmology) FICO,  
 Fellowship in Glaucoma  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Shri Ankar Bagchi  
 Director  
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
 डॉ. व/या डॉ. के नाम व हस्ताक्षर व छाप

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शेक ह्यु फॉर्म पर)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 न्यायी हस्ताक्षर 2