

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building back of life	
APPLICATION No. K/0225/1951		APPLICATION DATE 11/2/25	
NAME of APPLICANT SAIDA KHATOON		AGE-YEAR	SEX
FATHER'S/SPOUSE'S NAME ABDUL GAFUR		60	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS SHANTATA ROAD, BALLYGUNGE KOLKATA 700019 WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS AS ABOVE			
OCCUPATION HOME MAKER		MARRIED (निर्मित) / UNMARRIED (अनिर्मित)	
TOTAL ANNUAL INCOME 5000 X 12 = 60000		ATTACH PROOF of income (आप का आय प्रमाण)	
PAN No. (आपका PAN संख्या)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)			
FAMILY DETAILS			
Sr. No. क्र. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
1.	SAIDA KHATOON	60	F
2.	GOLAM YASIN	42	M
3.	NAGIMA YASIN	40	F
4.	UJMA YASIN	35	F
Relation with Applicant आपके साथ संबंध			
SELF HUSBAND DAUGHTER DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीब तालिका के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	RMS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु निम्न में किसी का कारण			
Sr. No. क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई चिकित्सा सुची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE		
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए, क्या अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?			
Sr. No. क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितना राशि प्राप्त हुई	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले द्वारा)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी आवेदन किताब को खारिज कर दिया जा सकता है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता का अनुरोध किया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने न तो और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से उस राशि के लिए कोई भी अन्य प्रकार की सहायता प्राप्त करने की कोशिश नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदन करने वाले द्वारा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 the treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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 on whether or not to continue the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and non-appealable.
- मैं इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर यहाँ (आवेदक) यहाँ से सहमत हो रहा हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टी" को मेरी नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी दे दी है, जिसके लिए मैंने सहायता का अनुरोध किया है। मैं सहमत हूँ कि "कोशिका फांडेशन" और इसके "ट्रस्टी" मेरी नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी का उपयोग कर सकते हैं, जिसके लिए मैंने सहायता का अनुरोध किया है।
- मैं (आवेदक) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टी" द्वारा मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टी" द्वारा मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

(आवेदन करने वाले के हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा के छाप)



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending the case/patient to receive assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
 - that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another HCU or any other source, for the same purpose, 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 HCU or any other source. This confirmation especially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same purpose from any other HCU or any other source.
 - This assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The issue of the cost/treatment procedure is left to the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and in no way connected with 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 this regard.
- इसके अतिरिक्त, हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अपने रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं की जाती है, तो हम अपने रोगी के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
- हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं की जाती है, तो हम अपने रोगी के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
- हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं की जाती है, तो हम अपने रोगी के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

(अनुमोदित करने के लिए अनुमति)

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

11/02/25

Dr. Sankar Das
Director
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
हॉस्पिटल के डॉक्टर का नाम और नंबर (स्टैम्प के साथ)

Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital
हॉस्पिटल के प्राधिकृत अधिकारी का नाम, पद और स्टैम्प

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

(आवेदक)

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

(आवेदक)

Safar