

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0225/1908 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 12/2/25 आवेदन तिथि:				
NAME of APPLICANT: NASIM BEGUM आवेदक का नाम:		AGE-YEARS आयु-वर्ष 57	SEX लिंग F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ABDUL RAHMAN पिता/सहोदर का नाम:						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता 1108 A.I.C. BOSE ROAD CIRCUS AVENUE KOLKATA-70007 WEST BENGAL						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासस्थान पता AS ABOVE						
OCCUPATION: MAID व्यवसाय:			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 4000X12 = 48000 कुल वार्षिक आय:			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. नयाई खाता संख्या						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):						
Yes / No हां / नहीं						
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.	NASIM BEGUM	57	F	SELF		
2.	SUJATER ALI	51	F	BROTHER		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार						
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य						
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधन सूची संलग्न					
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE					
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 ले गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हदार्थक द्वारा घोषणा करें):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप से कहा गया है तो मेरी छात्रावृत्ति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस छात्रावृत्ति हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस छात्र को भविष्य में सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हदार्थक द्वारा करार)

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हदार्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, एन, एम्प्लॉयी/दूसरे स्रोत से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरा प्रारूप का विवरण मेरी छात्रावृत्ति के लिये या भविष्य में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदार्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि छात्रावृत्ति के उद्देश्य से घोषित है, इसके अलावा किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होने वाली छात्रावृत्ति हेतु "कोशिका" एम्प्लॉयी/दूसरे स्रोतों का निर्माण नहीं करेगा और न ही माध्यमिकी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हदार्थक 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 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.

हम यहाँ घोषणा करते हैं, हॉस्पिटल की ओर से न्यासीय/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत या सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होगी किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, उसे हम (हॉस्पिटल) द्वारा ही प्राप्त किया जा किने गये उपचार/प्रक्रिया का पुराना रोगी एवं हॉस्पिटल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने काम की सही विनियमों के तहत एवं हॉस्पिटल की ओर से "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/02/25	 Director M.B.S.M.S. (General Surgeon) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व निशान	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के पक्ष पर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्निहित उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2