

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य हेतु)		 Koshika foundation Building 'place' of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या: K/0225/1931		APPLICATION DATE आवेदन दिनांक: 13/2/25			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: FARIDA BEGUM		AGE-YEARS वर्ष: 58	SEX लिंग: F		
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम: FAIRHAD ALI MOLLAH					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: 13 JIGHA KOLA HOWRAH WEST BENGAL 711322					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: AS ABOVE					
OCCUPATION व्यवसाय: MAID		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) आय का प्रमाण संलग्न करें			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 5000 x 12 = 72000					
PAN No. (आई टैक्स संख्या)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर कादाता हैं? (को सही काटें जो लागू हो)		☒ Yes (हाँ) / ☐ No (नहीं)			
FAMILY DETAILS (आरोग्य संबंधी)					
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध प्रमाण	
1.	FARIDA BEGUM	58	F	SELF	
2.	FAHAD ALI MOLLAH	74	M	HUSBAND	
3.	FAHAD ALI MOLLAH	39	M	SON	
4.	FAHAD ALI MOLLAH	36	M	SON	
5.	FAHAD ALI MOLLAH	29	M	DAUGHTER	
6.	SUREFA ALI MOLLAH	25	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसे चिह्नित करें					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ Any Other Reason/Proof अन्य कोई प्रमाण	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे चिह्नित करें					
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescription Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई चिकित्सा प्रमाण पत्र				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त हुई है?					
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कोई राशि संलग्न करें		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात: डॉ. राधा कृष्ण)

- I hereby declare 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 rescission/cancellation.
- I solemnly affirm that assistance I received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose, mentioned 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 assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता इसी उद्देश्य के लिए ही प्राप्त की जा रही है, जो इस फॉर्म में उल्लेख किया है।
- मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं किसी अन्यत्र से या अपने स्वयं के उद्देश्य के लिए इस सहायता का उपयोग नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्थात: डॉ. राधा कृष्ण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to copy/print/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 circulating donations for said purpose. The donor or donors will be confirming the assistance with their entry in the Trustees of Koshika Foundation. 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.
- 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 donor or donors will be confirming the assistance with their entry in the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and irrevocable.
- इस फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या दायाँ हाथ का छाप देना, मैं (अर्थात: डॉ. राधा कृष्ण) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही करूँगा, जो इस फॉर्म में उल्लेख किया है। मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं किसी अन्यत्र से या अपने स्वयं के उद्देश्य के लिए इस सहायता का उपयोग नहीं करूँगा।
- मैं (अर्थात: डॉ. राधा कृष्ण) और मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही करूँगा, जो इस फॉर्म में उल्लेख किया है। मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं किसी अन्यत्र से या अपने स्वयं के उद्देश्य के लिए इस सहायता का उपयोग नहीं करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

(अर्थात: डॉ. राधा कृष्ण का हस्ताक्षर या छाप)

राधा कृष्ण

AGREEMENT by HOSPITAL: (अर्थात: डॉ. राधा कृष्ण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the case/operation for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- I/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 provided 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 take up the case for financial support from any other source. The confirmation essentially states that the Hospital will not avail any financial assistance for the same patient/case from any other source.
- The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the medical treatment/operation/admission conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and in no way affects or is affected by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will bear the full & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हम (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिस उद्देश्य के लिए हम (हॉस्पिटल) वित्तीय सहायता से लाभ उठा रहे हैं।
- हम (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिस उद्देश्य के लिए हम (हॉस्पिटल) वित्तीय सहायता से लाभ उठा रहे हैं।
- हम (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिस उद्देश्य के लिए हम (हॉस्पिटल) वित्तीय सहायता से लाभ उठा रहे हैं।
- हम (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिस उद्देश्य के लिए हम (हॉस्पिटल) वित्तीय सहायता से लाभ उठा रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

M.B.B.S, M.C.T.G. (General Medicine)
Reg. No. 71035 WBMC

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/02/25

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम के साथ छाप

(Signature Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के प्रतिनिधि का हस्ताक्षर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थात: डॉ. राधा कृष्ण)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों के साथ छाप

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों के साथ छाप

Dr. R. K. Singh

Dr. R. K. Singh