

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



|                                                                                        |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| APPLICATION No.: K/0926/23/2                                                           | APPLICATION DATE: 02.02.2024       |
| NAME of APPLICANT: TAHIRUNNECHA BIBI                                                   | AGE-YEARS आयु-वर्ष: 75 SEX लिंग: F |
| FATHER/SPOUSE'S NAME: ENTAJ ALI GAZI                                                   |                                    |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: TARAUNIA, BADURIA, NORTH 24 PARAGANAS - 743401, WEST BENGAL |                                    |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE                                                  |                                    |



|                                           |                                                                                       |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| OCCUPATION: HOUSE WIFE                    | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 1000 X 12 = 12,000/- | (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)                                          |

PAN No. (आपका PAN संख्या):

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

| FAMILY DETAILS (परिवार विवरण) |                                                   |                            |                |                                                 |
|-------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| Sr. No.<br>क्रम संख्या        | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
| 1                             | TAHIRUNNECHA BIBI                                 | 75                         | F              | SELF                                            |
| 2                             | AFIAN ARA BIBI                                    | 31                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 3                             | ROUSHAN ARA BIBI                                  | 27                         | F              | DAUGHTER                                        |
|                               |                                                   |                            |                |                                                 |
|                               |                                                   |                            |                |                                                 |
|                               |                                                   |                            |                |                                                 |
|                               |                                                   |                            |                |                                                 |
|                               |                                                   |                            |                |                                                 |
|                               |                                                   |                            |                |                                                 |

| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधि आधार                  |                                                                                                                   |                                                                                           |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये चिकित्सीय उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT (RE)                                                                   |
| 2.                     | SURGERY (RE) - STCS + IOL                                                                   |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |

| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                           |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                         |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                         |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                         |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                         |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं पुष्टि करता हूँ कि यदि सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मंच गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में इस उद्देश्य को पूर्ण के लिये, इस रकम का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लिया जायेगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)**

- 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 अंगुठी का निम्न, में (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृत्व" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के माध्यम से, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निम्नलिखित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी और सहायता को स्वीकार करना।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निम्न

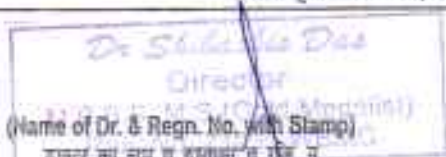


**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)**

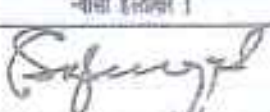
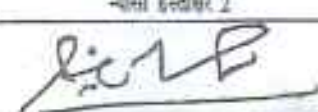
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) That we neither at present nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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, इस प्रकार के और से भ्रातृत्व के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम जो सहायता और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के प्रारूप में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंच हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु मंच नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कर दिया है कि अस्पताल शिवाय मंच उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रारूप की गई सहायता या किने गये उपकरण/उपकरण का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और जाने जाने को सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                    |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख | <br>Dr. Subhojit Das<br>Director<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डायरेक्टर का नाम व इलाका/पं. सं. के साथ | <br>Optom. Anshujit Das<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>Sankar Hospital)<br>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नामों हस्ताक्षर 1                                         | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नामों हस्ताक्षर 2                                          |
|  |  |