

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: 4/0325/2231 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 18/3/25 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: NAJMA BEGUM आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 43	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NAHID पिता/पत्न्य का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 3/28 NARKELDANGIA MAIN ROAD, KOLKATA 700011, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 3500 X 12 = 42000 कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी खाता 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)					
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 सम्बंध	
1.	NAJMA BEGUM	43	F	SELF	
2.	NAHID SH	47	M	HUSBAND	
3.	NAGMA KHATOON	14	F	DAUGHTER	
4.	AFSAL SH	11	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
①	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
②	SURGERY — LE (JOL + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: जलवेधक द्वारा घोषणा की:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पेश रहा है।
- 3) मैं प्रतिबद्ध करता हूँ कि किसी सहायता हेतु जो प्रार्थना की गई है, उस परिस का तदर्थित या समकन दिवसा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 it's 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, वाचना/या दूसरा उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों को निर्णय किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में हस्ताक्षर के पक्ष या पक्ष में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रस्तुत है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अन्यथा न हि ज्ञानात्मा न च ज्ञानं न च ज्ञानात्मा

Najma Beg
AGREEMENT by HO

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करें और तारीख)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारा अधिष्ठाता, हस्तशाली श्री श्री से साधने/योगी श्री “कौटिल्य प्रामुख्य” से मिलिय सहायता हेतु निम्नलिखित को ज्ञाते हैं, जिसे हम (हस्तशाली) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. वह कि न तो कर्मगत और न ही धर्मिक में विहित सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाए जायेगी/प्राप्त होने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से सिमरित/विनिर्गुत उठा के सम्बंध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्गुत अशिक्षित/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पद उठाए गोपी/प्राप्त हेतु किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका काउन्डेशन" में सी-गई सहायता कोशल विहित प्रकृति की है। ऐसी वर हमसाल द्वारा सी-गई सहायता या किंग गले उपचार/प्रक्रिया का शुभक ऐंगी एवं हमसाल को बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिखे हमसाल में ऐंगी के प्रत्यक्ष सुझा और आने जाने की खरी निम्नोदरी ऐंगी एवं हमसाल की होगी और "कोशिका" की कोई धर्मिक या निम्नोदरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Shibachis Das

स्वास्थ्य के लिए संस्थान

OPTIONAL PARTS

Support your business

SANKARA JYOTI EYE INSTITUTE

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद सम्पत्ति अधिकत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

मानविक दृष्ट्याणें होत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यासो हस्ताक्षरः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासो हस्तस्य ।

Exchanged

hier