

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : K/0425/0080		APPLICATION DATE : 04/04/2025	
NAME of APPLICANT : SHAHEEN REYAZ		AGE-YEARS : 48	SEX : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MD. RAYSUDDIN			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 141/H/23 KESHAB CHANDRA SEN STREET, RAJA RAN MOHAN SARANI, KOLKATA 700009, WEST BENGAL.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE			
OCCUPATION : HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 20000 INR =		(Attach Proof of Income)	
PAN No. : [Blank]		(आय का सक्षम प्रमाण)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):			
Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1	SHAHEEN REYAZ	48	F
2	ABIRUPT REYAZ	21	M
3	TRAM REYAZ	28	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPC Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Copy)	Basis/Proof
गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र	उपभोक्ता कार्ड	अन्य कोई सक्षम
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1	DIAGNOSIS:- CATARACT (LE)		
2	SURGERY:- LE (SIST+TOW)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
1			
2			
3			
4			
5			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्श्वेदक द्वारा घोषणा पत्र):

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही 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) मैं इस बात का सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पर किसी भी प्रकार का प्रतिफल या अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में ली जा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्श्वेदक 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 fulfillment 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोचर" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रचार, न्यायोचर, पत्र, संचार/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण या इसका उपयोग करने या कर के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोचर अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्श्वेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रचार उसके न्यायोचर का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्श्वेदक की हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप

Shahim Raza

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्ध/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अर्थिक/सम्बन्ध हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैसर्गिक संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मरद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी नैसर्गिक संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/विधि का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी को इसका चुनाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Shibashis

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Director

M.B.B.S. M.S. (Gold Medalist)

Reg. No. 71035 WBMC

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.

Optom Avhijit Das

Senior Program Officer

Sankara Eye Institute

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

04/04/2024

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायोचर हस्ताक्षर 1

Shahim Raza

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायोचर हस्ताक्षर 2

Shahim Raza