

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)					
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)					
APPLICATION No. : <u>U/0425/0059</u>		APPLICATION DATE : <u>09/04/2025</u>					
NAME of APPLICANT : <u>MUSLIMA BIBI</u>		AGE-YEARS : <u>58</u>	SEX : <u>F</u>				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>CHAI RUDDIN MOLLA</u>							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>KHARUPALA HARUA, NORTH 24 PARAGANAS 743425, WEST BENGAL</u>							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AG ABOVE</u>							
OCCUPATION : <u>COOK</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>8000 x 12 = 24,000/-</u>		(Attach Proof of Income)					
PAN No. : <u>SWAYI</u>		(आय का साक्ष्य संलग्न)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <u>Yes / No</u>							
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	MUSLIMA BIBI	58	F	SELF			
2.	SARAUDDIN MOLLA	64	M	HUSBAND			
3.	ARABUL MOLLA	39	M	SON			
4.	ABULAMIN MOLLA	35	M	SON			
5.	TASLIMA BIBI	30	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		उपभोक्ता कार्ड		अन्य कोई साक्ष्य	
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किसे गये बिमली का उद्देश्य:							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
①	DIAGNOSIS :- CATARACT (RE)						
②	SURGERY :- (RT) SICLS + IOL.						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम			ली गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं आसकत तब यह बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/print-up/produce 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 में आवेदन करने पर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'ट्रस्टियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् 'ट्रस्टी', दूर, वाचना/या दूरसे उद्देश्य से दूरी परिवर्तित करे तथा जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इस्तेमाल के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) 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" एवम् उसके 'ट्रस्टियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान:

**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.

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

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता या किसी अन्य स्रोत से उठाए जायेगी/मांगेगी में लेने का हमें कोई अधिकार है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उठाया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अधिकार है कि हमें अन्य स्रोत/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी इलाज या उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेता है वह हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Shikha Das

Director

M.B.B.S., M.S. (Gold Medalist)
Reg. No. 77035 WBMC

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर नंबर, न.

Optom Avijit Das

Senior Program Officer

Sankara Jyoti Eye Institute

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/04/2015

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Dr. P.