

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

u/0425/0124

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/04/2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SEKIT / NURUDDIN

AGE-YEARS

आयु-वर्ष

72

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

SK SOLEMAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

SOUTH SAWRAIL, SAWRAIL, HAOKA, 711818,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:

व्यवसाय

GROCERY STORE.

MARRIED

(विवाहित)

UNMARRIED

(अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

8000 X 12 =

360000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खता 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 लगावे)

Yes / No

हाँ / 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 सम्बन्ध
1.	SEKH NURUDDIN	72	M	SELF
2.	RASIDA BEGUM	70	F	WIFE
3.	KUTUBUDDIN SK	30	M	SON
4.	NASIM SK	35	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू 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 (SICS+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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक 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 Koshka 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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उल्लेखित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एवम् का उपयोग या सरकार जिस किसी अन्य प्रोत्साहितिक/बोया कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जद्वारा स्वीकृति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में दूसी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव सम्बंध में प्रशस्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और वाचस्पकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अथर्वक के बालाक्षर या जगते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर-होस्पिटल)

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.

इससे अधिकतर, हस्तशिल्पों को ओर से भावसे/लगे को "कोशिका फाटने/टूटने" से विशेष सहायता हेतु भिन्न-भिन्न को जाती है, जिसे इन (हस्तशिल्प) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो घोषणा और न ही अतिरिक्त विधिवि सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत में प्रकाश एंगी/नामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निवारित/विनिर्मुक्त उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्मुक्त अतिरिक्त/प्रकाश हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विनिर्मुक्त प्रदत्त उक्त एंगी/नामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। एंगी पर अस्पताल द्वारा दी गई सहायता का किसे गाने उपचार/प्रक्रिया का प्रमुख एंगी एवं अस्पताल के बीच का संबंध है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तान्तर नहीं है। इसलिए अस्पताल में एंगी के इलाज सुरक्षा और आनन्द करने की सभी जिम्मेदारी एंगी एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इन मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृतो के लिए संस्तुति

Date of Surgery आपरेसन की तारीख	<i>Dr. Sanjay K. Das</i> Director (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) M.B.B.S. Regd.	Optom Avijit Das Senior Program Officer Name-Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital Sankara Jyoti Eye Institute नम व पर हमपात अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2
	