

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building back of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

n/ 0925/1167

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

02/09/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ASHARI/BEGAM

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

MD KALUM.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BANKRA, HAORA TIPOO, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

TAILOR

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

2000 x 12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मन्व हो उस पर सही का निश्चय लें)

Yes / No

हां / नहीं

## 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 संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1.                     | ASHARI BEGAM                                      | 60                         | F              | SELF  |
| 2.                     | SANTU MOLLA                                       | 40                         | M              | SON   |
| 3.                     | WAJIR MOLLA                                       | 41                         | M              | SON   |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोद आधार

| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>दरभारता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|--|--|
|---|---|--|--|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

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

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>तो यह सहायता कितनी |
|------------------------|---|--|
|                        |   |  |

**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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है जो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उसे भविष्य में आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से या जो दिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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

- 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/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रकार में प्रयोग है, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, चयन, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से चुकी गतिशीलताओं को उपलब्धता के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे प्रकार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व व्यक्तियों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे भवतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करण)**

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावते में लगे या से छूटे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/सकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस भुक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/पावते हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
  2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा जो भी मदद या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुलभ और अपने अपने को सही विनिर्दिष्ट रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई भुक्ति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संसुक्ति

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>Date of Surgery<br/>अपरेशन की तारीख</p> <p>03/09/25</p> | <p><b>Dr. Shikharshis Das</b><br/>Director<br/>M.B.B.S., M.S. (Gold Medalist)<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुहर</p> | <p><b>Optom Avhijit Das</b><br/>Senior Program Officer<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)<br/>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|---|--|

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

|   |  |
|---|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यस्त हस्ताक्षर 1</p>                                | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यस्त हस्ताक्षर 2</p>                                 |
|  |  |