

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

11/09/20169

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि:

02/09/25

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

ANWAR HUSSAIN

AGE-YEARS/समू-वर्ष

81

SEX/लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कटुस्थ का नाम

MD. GASHI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

3/1 KASAI BUSTEE DND LANE NARVELDANGA,  
KOLKATA 700011, (WEST BENGAL)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:  
व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

4000 X 12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर छड़ी का निशान 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 संबंध
1.	ANWAR HUSSAIN	81	M	SELF
2.	CHAMANARA BEGUM	72	F	WIFE
3.	MD. WAZIM	55	M	SON
4.	RIYANA BEGUM	50	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये निम्नी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे क्या निम्नी 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 / RT (L+R))

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 ती गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करना:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई भी विसंगत एवं झूठा कथन प्रस्तुत किया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मुझे उपलब्ध होगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रश्न में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बिमा कम्पनी से न तो सहायता प्राप्त करूँगा और न ही सहायता के लिये प्रार्थना करूँगा।

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत होकर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "नियंतकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार में प्रयोग कर सकें, जो "कोशिका" द्वारा मांगी गई सहायता के उद्देश्य से बड़ी संख्या में लोगों को सहायता के लिये प्रेरित करने के लिये प्रयोग किया जायेगा। इस प्रकार का प्रयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के उद्देश्य से प्रयोग करने से मुझे स्वतः सहायता प्राप्त हो सकती है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त अधिकारों का निर्माण अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मान्यता/पंजी की "कोशिका फाउंडेशन" 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 भी तरह के सहायता के लिये या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये प्रार्थना कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता के लिये प्रार्थना करेगा। इस प्रकार से सहायता के लिये प्रार्थना करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता के लिये प्रार्थना करेगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार द्वारा ही सहायता या जिम्मेदारी उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जर्न को सही निम्नकारी रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>03/09/25</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i> Director M.B.B.S. M.S. (Gold Medalist) (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर को डॉ. के नाम के साथ हस्ताक्षर और मुहर</p>	<p><b>Optom Avhijit Das</b> Senior Program Officer (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory of Hospital) Sankar Jyoti Eye Institute मैं यहाँ हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
	