

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: u/0925/1171 APPLICATION DATE: 03/09/25  
 आवेदन संख्या: u/0925/1171 आवेदन तिथि: 03/09/25  
 NAME of APPLICANT: SK MAHINUDDIN AGE-YEARS: 80 SEX: M.  
 आवेदक का नाम: SK MAHINUDDIN आयु-वर्ष: 80 लिंग: M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SK JABED ALI  
 पिता/कटुम्प का नाम: SK JABED ALI  
 PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MURAIL, DHULYAPUR, EAST MIDNAPUR 721634, WEST BENGAL  
 वर्तमान आवासीय पता: MURAIL, DHULYAPUR, EAST MIDNAPUR 721634, WEST BENGAL  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE  
 स्थाई आवासीय पता: AS ABOVE



OCCUPATION: LABOURER. MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  
 व्यवसाय: LABOURER.  MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)  
 TOTAL ANNUAL INCOME: 4000x12 = 48,000/- (Attach Proof of Income)  
 कुल वार्षिक आय: 4000x12 = 48,000/- (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. XXXXXX ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 PAN संख्या: XXXXXX क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें):  
 Yes / No हाँ / नहीं  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 संबंध
1	<u>SK MAHINUDDIN</u>	<u>80</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2	<u>SK AGU SALAM</u>	<u>65</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
3	<u>KHADIZA BEGUM</u>	<u>60</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु किये गये विच्छेद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर के कार्ड/की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
1	<u>DIAGNOSIS: CHAGAS (RE)</u>
2	<u>SURGERY: RE (SIC + JOL)</u>

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 उसी उद्देश्य हेतु सहायता राशि

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

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकी सीमा तक सच और सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी नहीं किया और भविष्य में भी नहीं करूँगा कि मैं किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो मदद ले और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् "कोशिका" द्वारा, शब्दों, चित्रों, उद्घरणों से नई विज्ञापनों और वितरणों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे इसका विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने को केवल "कोशिका फाउन्डेशन" पर निर्भर 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 कुछ स्थिति: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके अधिकारियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*(Handwritten Signature)*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 it's right to make up the shortfall from another 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को और ये उपस्थितियों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि अन्य स्रोतों से प्राप्त सहायता/उपचारों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान होगा कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती असाध्य/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मरदर उक्त सहायता/उपचारों हेतु किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या अस्पताल द्वारा की गई सहायता या निर्णय पर उपचार/उपचार का चुनाव ठीक एवं अस्पताल को हीन का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में सेगों के उत्तरान मुक्त और अपने अपने को सही विनिर्देशों सेगों एवं हस्ताक्षर को सेगों और "कोशिका" को कोई दूषित या विनिर्देशों इस सहायता में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>09/09/25</p>	<p><i>Dr. Shikshits Das</i> Director M.B.B.S, M.S. (Gold Medalist) (Name of Hospital)</p>	<p><i>Optom Avhijit Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जान व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>(Handwritten Signature)</i></p>	<p><i>(Handwritten Signature)</i></p>