

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य ईखपाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

4/ 092/1317

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

19/09/21

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

ABDUL LATIF MANDAL

AGE-YEARS आयु वर्ष

58

SEX लिंग

M.

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

ABDUL HAKIM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

JANARDANPUR, TARTIPUR, MURSHIDABAD, 742166,

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:
व्यवसाय

DRIVER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

10000 x 120 = 120,000/-

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 सम्बंध
1.	ABDUL LATIF MANDAL	58	M	SELF
2.	JAHANARA BIKI	50	F	WIFE
3.	JANNATUNESHA	25	F	DAUGHTER
4.	JAKIR HOSEN	27	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्यता 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 - LE (SIG + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिया गया सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सच्चे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से मेरी सहायता निरस्त भी हो सकती है।
- 2) मैं शपथ करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में प्रस्तुत किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही योजना में हूँ।

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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एन.डी.एस.ए. द्वारा, या कदाचित् दूसरे उद्देश्य से कुछ परिस्थितियों और अवसरों पर के बिना किसी भी प्रकार साधन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण और इसका उपयोग के लिए या अन्य किसी भी उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार सहमत नहीं करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे उम्मीद है कि सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस समर्थन में "कोशिका" एन.डी.एस.ए. को निर्यात अधिकार और संपत्ति होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से सहायता मांग रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी या प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मांगी है। यदि सहायता "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें अपने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता केवल वित्तीय मदद के लिए है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में प्रस्तुत किया गया है। मैं प्रपत्र का विवरण और इसका उपयोग के लिए या अन्य किसी भी उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार सहमत नहीं करता हूँ। इस समर्थन में "कोशिका" एन.डी.एस.ए. को निर्यात अधिकार और संपत्ति होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/09/25	Dr. Sankar Das Director (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पद (हस्ताक्षर के साथ)	Optom Arhijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) हस्ताक्षर का नाम व पद (हस्ताक्षर के साथ)
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--