

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1124/1172

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

11/11/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ABUL HOSEN MONDAL

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

CHATTAR MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

A212 NAGAR DARGA NORTH 24 PARGANAS-743425
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS-ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

RICKSHAW PULLER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

7000 x 12 = 72,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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.	ABUL HOSEN MONDAL	64	M	SELF
2.	FIROZA BIBI	59	F	WIFE
3.	SAMIM HOSSAIN	29	M	SON
4.	BEBY BIBI	31	F	DAUGHTER
5.	NARGIR BIBI	28	F	DAUGHTER
6.	AYESHA BIBI	23	F	DAUGHTER

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 प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विनती का कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (RE)
2.	SURGERY - RE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदार द्वारा घोषणा करें)

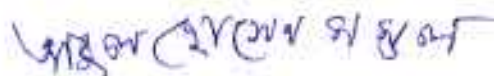
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 यथासंभव कहता हूँ कि इस प्रपत्र में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता प्राप्त "कॉशिका फाउन्डेशन" से की जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा जो इस प्रपत्र में बतल गया है।
- 3) मैं यथासंभव कहता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रमाण को नहीं है, उस परिणाम का अधिकार या भुगतान किसी अन्य प्राप्ति/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में ली जाए।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदार द्वारा कबूल)

- 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 अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदार) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसकी न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यासीयों, दान, सहायता हेतु प्रदर्शन से दूसरी गतिविधियों और उपलब्धियों के निर्देश दिखाने या प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इरादों को जताने या बताने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेदार) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के निर्देश में प्रयोग करने के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् इसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

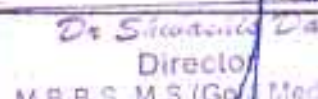
अर्शेदार को हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (संस्थान द्वारा कबूल)

- 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" 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 और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/सम्पन्न में होगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनोद प्राप्त की सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अधिकृत/सहायता हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल वित्तीय न्याय इस रोगी/सम्पन्न हेतु किसी के सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सहायता संस्था वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्तगत प्रपत्र की गई सहायता या वित्त न तो उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और जारी करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 11/11/24	 Dr. Shivam Das Director M.B.B.S., M.S. (Gen. Med.) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा न.	 OPTIC FOUNDATIONS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) संस्था का नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
