

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life

APPLICATION No. : 4/1124/1176 आवेदन संख्या :	APPLICATION DATE : 11/11/24 आवेदन तिथि :
NAME of APPLICANT : LATEMAN BIBI आवेदक का नाम :	AGE-YEARS : 62 SEX : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SAHEB ALI पिता/सहस्र का नाम :	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : धरमना अलाखान पन DHURTA DAMA MINAKHAN NORTH 24 PAGAANAR #43425 WEST BENGAL PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता — AS ABOVE —	



OCCUPATION : TEA STALL उद्योग :	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : 4500 x 12 = 54000 कुल वार्षिक आय :	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)
PAN No. : नमूने वाला संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) : Yes / No हा / 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 सम्बन्ध
1.	LATEMAN BIBI	62	F	SELF
2.	MOKTAR MOLLA	69	M	HUSBAND
3.	CHAPRA MOLLA	45	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किन्ति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे मने किन्ती का उद्देश्य :	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उचितपत्र सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTICS - CATARACT - RB
2.	SURGERY - RB - (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में लिखे गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत कथन/सूचना/विवरण दिया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी मदद करेगी, इसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरा गया है, उस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न के लिए किया जायेगा और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा सहमति):

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उन "कोशिका" एवम् व्यक्तियों, एवम्, वास्तव/या दुर्लभ उद्देश्य में मुझे (रोगी/रोगी) और उपलब्धियों के बारे में किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। यह प्रारूप का उपयोग मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।

2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने में मुझे सहायता प्रदान करने की इच्छा नहीं करेगा। इस संबंध में "कोशिका" एवम् व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा सहमति):

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारी को "कोशिका 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 भी सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से तथा हमारे/हमारे में होगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता (वित्तीय) सिफारिश/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी प्रकार उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

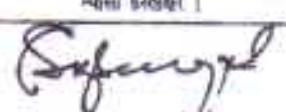
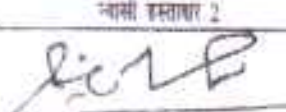
2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही कोई सहायता या निम्न रूप/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के उपचार चुनने और करने के लिए जिम्मेदार रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अपरेसन की तारीख 11/11/24	Dr. Shibashis Director MBBS, MS (Gold Medalist) Reg. No. 71035/MBMG (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) SANJAY on behalf of Hospital नाम व पद हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 2 
--	---