

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: 4/1124/253		APPLICATION DATE: 20/11/24		
NAME of APPLICANT: SK SHABOX		AGE-YEARS: 66		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SEK ABDUL HAKIM		SEX: M		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PANCHILA, HAORA 711322, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: LABOURER		MARRIED () / UNMARRIED ()		
TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60,000		(Attach Proof of Income)		
PAN No.:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				
FAMILY DETAILS:				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	SK SHABOX	66	M	SELF
2.	SK SAKILA BEGUM	62	F	WIFE
3.	SK ABUDDIN	35	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):				
BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: अवैदक प्रो घोषणा पत्र:

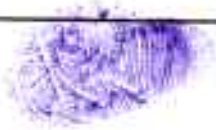
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विस्तार किसी अन्य स्रोत/निर्धनक/योग्य कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीज।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 प्रश्न पर अपने इसाधार या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एनम् न्यासी, धन, वाचनात्मक दूसरे उद्देशों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष 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 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, इलाहाबादी की ओर से समस्त/शरीर को "कोशिका आडम्बर" से विलीन सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इलाहाबादी) निम्न प्रकार से सम्यक् समीक्षा करते हैं।

1. यह कि न तो सर्वमान और न ही अधिकतर में अत्यंत सहायता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से उक्त ऐंग्लो/माले में लेने का ले रहा है, बैसे कि इनने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपरीत/विनिवृत्त उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मध्य हेतु कि है। धरि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिवृत्त अतिरिक्त/संकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल ऐंग्लो/माले मध्य उक्त ऐंग्लो/माले हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो यह सहायता केवल विनिवृत्त होती है। ऐंग्लो पर अस्पताल द्वारा दो यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क ऐंग्लो एवं अस्पताल से बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकाग्र नहीं है। इसलिये अस्पताल में ऐंग्लो के इलाज सुख और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐंग्लो एवं अस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हवीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अतिरिक्त की तारीख 20/11/24	 Director M.B.T. (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व रु. हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तफार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तफार 2
