

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life.

APPLICATION No.: K/0717/0550 APPLICATION DATE: 11.08.17

NAME of APPLICANT: SAKINA KHATOON AGE-YEARS 42 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ABDUL GAFFAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

21 PRIYA MANNA BASTEE 2ND BYE LANE
HOWRAH MUNICIPAL CORPORATION, SHIBPUR,
HOWRAH, 71102, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: LABOUR

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1200x12 = 14,400/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. यदि प्राप्त हो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 से संबंध
1.	SAKINA KHATOON	42	F	SELF
2.	BIYAS AHAMMAD	20	M	SON
3.	FARIDA BEGUM	17	F	DAUGHTER
4.	SAGANA KHATOON	16	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) रसमूची कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) असम आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न कौन सी विधि का उपयोग:

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

ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED उसी कार्य सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक इस प्रकार करे)

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया जाय तो उसे सही जानकारी के बिना ही खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में मांगे गए हैं।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही अधिक मदद ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक इस प्रकार)

- 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 बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, एन, चरित्र/व्यक्तिगत उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का प्रसारण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में किसी भी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस प्रपत्र के माध्यम से घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि फाउंडेशन के उद्देश्यों से प्रयोग में आ सकते हैं, फाउंडेशन का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

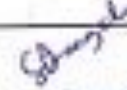
अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इस प्रकार)**

- 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता के लिए किसी अन्य सहायता से किसी भी अन्य सहायता से मदद ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु अनुरोध नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता के बिना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने पर हम सहायता हेतु सिफारिश करने वाले सहायता से किसी भी अन्य सहायता से नहीं ले रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद फाउंडेशन के वित्तीय प्रयोजनों के लिए है, हमें स्पष्ट है कि हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल के चिकित्सक का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के हस्तान्तरण और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ होती एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संयोजक

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11.04.17	 Dr. Arindam Deb MBBS, D.O, FRCS Reg. No. - 58098 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नंबर	 Dr. Sankar Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार हस्ताक्षर 2
