

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0612

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/08/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ABEDA BIBI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

JIYABDDIN MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PAITHUA, NARAYAN KATHI NORTH 24 PARGANAS,
743404, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. टैक्स कागज संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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 सम्बन्ध
1.	ABEDA BIBI	62	F	SELF
2.	JIYABDDIN MONDAL	40	M	HUSBAND
3.	SIKATUL MONDAL	38	M	SON
4.	JIYARUL MONDAL	35	M	SON
5.	SAHEEM PARVEEN	32	F	DAUGHTER
6.	SABNAM PARVEEN	29	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये सिद्धि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EMS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्षा कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गाने दिवसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से कार्ड की गई प्रतिलिपि संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (YES + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 AWAIRED उसी गाने सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण करने वाले)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इस प्रकरण निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाले)

- 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/produce 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 fulfilment 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या छोटे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अग्रेगी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'वार्डन' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, छोटे और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने हेतु अन्य स्रोतों से जुड़ी जानकारी और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास करें। इस प्रकार मेरे नाम, पता, छोटे और विवरण को कि फाउंडेशन के सदस्यों के प्रयोग में प्रयोग करने के लिये अधिकृत है। मेरी इस बात का विवरण की इस बात को ध्यान में रखते हुए कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" में नहीं अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, छोटे और विवरण को कि फाउंडेशन के सदस्यों के प्रयोग में प्रयोग करने का हक्क नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित जानकारी का प्रयोग अधिकृत और अनधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या छोटे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करने वाले)

- 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.
- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की और से जानकारी देने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्ताक्षर) सिफारिश के माध्यम से सहायता मिलेगी।
- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान में या भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त करूँगा या किसी अन्य स्रोत से इस लक्ष्य प्राप्त करने में लगे रहूँगा, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उद्देश्य के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करूँगा कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिली जानकारी/प्रकाशित करने का हक्क नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकरण में सहायता माँगा जाता है कि सहायता वित्तिय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" से लगे हुए सहायता के माध्यम से वित्तिय प्रकृति की होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लगे हुए सहायता के माध्यम से वित्तिय प्रकृति की होगी। मेरी या हमारा इस बात से सहमत है कि हमने सहायता के माध्यम से वित्तिय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के माध्यम से वित्तिय प्रकृति की होगी। हमारे या हमारे किसी भी स्रोत से वित्तिय प्रकृति की होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या वित्तिय प्रकृति की होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
 अनुमति (अधिकृत/निरास का निर्णय लें)

ACCEPTANCE
 अनुमति

REJECTION
 निरास

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख

14/08/18

Dr. Arindam Deb
 MBBS, DO, FRCS
 Reg. No. 10000
 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व रेजिस्ट्रेशन नंबर

Shib Sankar Bagchi
 Director
 Koshika Foundation & Research Centre
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)
☒ **SANCTIONED**
 अनुमति

☐ **REJECTED**
 निरास

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यायी हस्ताक्षर 2