

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(स्वास्थ्य हेतु आर्थिक सहायता)

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: K/0717/0618 APPLICATION DATE: 15.07.17

NAME of APPLICANT: ARFA KHATUN AGE-YEARS: 57 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD. SAGIRUDDIN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 55/H/6 SASTITALA ROAD, KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)

PAN No. (आपका पैन नंबर)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 संबंध
1	ARFA KHATUN	57	F	SELF
2	BEHANA KHATUN	34	F	DAUGHTER
3	RASHI MD.	30	M	SON
4	SARAJUDDIN	27	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित कारण:

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

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पर):

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो कोई सहायक प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक यहाँ "बोशिका फाउन्डेशन", में ही जा रही हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यहाँ का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोव्हाइडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में संक्षिप्त हैं, उसे "बोशिका" एम्प्लॉयी, एम्प्लॉयर, या/वाक्यांश दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार संपन्न के प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण भी इसका उपयोग करने के लिये "बोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे तथा: सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "बोशिका" एम्प्लॉयी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

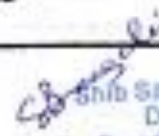
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्त/लेने की "बोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से पार्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरक/छोटा में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उपाय के समर्थन में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक किसी अतिरिक्त/असक्त हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर उसका पूरक/छोटा हेतु किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
2. "बोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। लेने या हस्पताल द्वारा लेने का सहायक या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ठीक एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में लेने के हस्ताक्षर लुप्त और अपने करने की सारी जिम्मेदारी लेने एवं हस्पताल की सोच और "बोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरास का निरासन लगाने)		ACCEPTANCE समर्थ	REJECTION नकार
Date of Surgery अर्शक की तारीख 15.08.17	Arindam Deb MBBS, D.O. FRCS Reg. No.-58098 Sriyat Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) सहायक का नाम व हस्ताक्षर व तारीख	 Shri Sankar Bagchi Director Sriyat Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जब व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
SANCTIONED समर्थ	REJECTED नकार	