

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0633

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/07/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SAPIA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

45

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

JENAT ALI MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PART NO-0190, DUTTAPOKUR-I, NORTH
24 PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : यदि अलगसे पते

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

MAID SERVANT

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 1000 X 12 = 12000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो तो

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

आप आय कर का उपाधी हैं (को सत्य हो उस पर चिह्न 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 सम्बन्ध
1.	SAPIA	45	F	SELF
2.	JENAT ALI MONDAL	53	M	HUSBAND
3.	SABUL ALI MONDAL	23	M	SON
4.	MOUJIB ALI MONDAL	20	M	SON
5.	PARVINA KHANUM	17	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) रशियन रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न गले किसी का उद्देश्य:

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 प्राप्त क्या है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शितक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन उपलब्ध प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सत्य प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त करने को नहीं हूँ, उस रकम का अधिकतम या प्रत्यक्ष विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शितक द्वारा स्वीकृति)

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 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 अंगूठी का निशान देकर मैं (अर्शितक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" समूह, पत्र, पत्रिका, पत्र, इत्यादि के माध्यम से सूचीबद्ध करने के लिये किसी भी उद्देश्य के लिये किसी भी उद्देश्य के लिये उपयोग में ला सकें।

2) मैं (अर्शितक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्य के लिये उपयोग में ला सकें। इस बात का फैसला केवल कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों के द्वारा किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शितक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)**

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.

हमारी स्वीकृति, इसका अर्थ है कि हम कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता से निवृत्त होने की इच्छा रखते हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिये आवश्यक है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिये आवश्यक है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता देने का निर्णय केवल कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों के द्वारा किया जायेगा। कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता देने का निर्णय केवल कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों के द्वारा किया जायेगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृति/निरास्त का निरास्त लक्षण)

ACCEPTANCE

संस्तुति

REJECTION

निरास्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/08/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. - 58096
Sutro Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व टिक, २

Smt. Sankar Bagchi
Director
Sutro Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद इलाका स्वीकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

✓
SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
निरास्त

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2