

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/0917/0824 APPLICATION DATE: 01/09/17

NAME of APPLICANT: MANIRUDDIN GAYEN AGE-YEARS: 75 SEX: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: LATE ACHIRUDDIN GAYEN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

MOLLA, SARDAR, GAYEN O SEKH PARA ALIPUR UTTAR

DURGAPUR SOJNAGAR, SOUTH 25 PARAGANAS 743372

WEST BENGAL PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

B.S ABOVE

OCCUPATION: UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)
(आप का वार्षिक आय)

PAN No. प्राप्त खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
आप आय कर का दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): हाँ / 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.	MANIRUDDIN GAYEN	75	M	SELF
2.	HAZIRA GAYEN	66	F	WIFE
3.	SALAUDDIN GAYEN	44	M	SON
4.	ALIMA GAYEN	40	F	DAUGHTER IN LAW
5.	MASAR GAYEN	15	M	GRAND SON
6.	MAHAMUD GAYEN	11	M	GRAND SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 applicable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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.
- 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 मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इसकी पुष्टि कर दूँगा।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही भविष्य में मुआवज़ा प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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.
- 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "अधिकृत" को मेरे नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी का उपयोग करने के लिए अधिकार है। यह जानकारी केवल मेरे नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग की जा सकती है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकार है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकार है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ तलुआ छाप

[Handwritten Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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:
- 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.
 - 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.
- हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, कि हम (हॉस्पिटल) अपने प्रकरण से पहले न ही सहायता प्राप्त करेंगे।
- यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए हमें अधिकार है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अधिकार है कि हम इसे किसी अन्य स्रोत से पूरित करें।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चुनाव हमारे और रोगी के बीच है। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता का प्रदान करना हमारे और रोगी के बीच है। हमारे पास वित्तीय सहायता के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृति/निरास्तुति का चिह्न लगाएं)

ACCEPTANCE

REJECTION

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

[Signature]
Dr. Arindam Deb
M.D., FRCS
No. 50099
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख

[Signature]
Sushruth Foundation & Research Centre
Director

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम व पद

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निरास्तुति	SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शक 2
		<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>