

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

K/0917/0826

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

02.09.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MANOHAR HOSSAIN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

77

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्य का नाम

TASHADUGI HOSSAIN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PURB BOYALIYA, RAIPUR SONARPUR,
SOUTH 24 PARGANAS, 700084,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

UN EMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पैन संख्या संलग्न

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर खींची का चिह्न 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 के साथ सम्बन्ध
1	MANOHAR HOSSAIN	77	M	SELF
2	SAYDA BEGUM	72	F	WIFE
3	JABED HOSSAIN	48	M	SON
4	SABANA BEGUM	44	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विपत्ति का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 और गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: ☐ TRUE ☐ FALSE ☐ N/A

- 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 applicable 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया गया है तो मेरी साहाय्य निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे साहाय्य यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगा, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस साहाय्य से या उसके किसी भी हिस्से का उपयोग या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (where applicable)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृव" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रार में जोड़ें हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, घर, सम्पत्ति एवं उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रार का विवरण मे हस्ताक्षर के पते या घर के बारे में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से यादों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद घर, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके भ्रातृवों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपके एक ही इलाका या अंग्रेजी या हिन्दी

Матюша Нозеев!

AGREEMENT by HOSPITAL (TYPED AND SIGNED)

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.

इसमें अधिकतर, इलाखी की ओर से जमानदारों की "कोलिका घाबरेंका" से मिलित साक्षात् हेतु विचारणीय की जाती है, जिसे हम (हमसावा) निम्न प्रकार से मान्य व अधिकार मानते हैं:

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का विवरण लगाने)

ACCEPTANCE

—

REJECTION

कमल

Date of Surgery
 ११/११/११ ११/११/११

अभिमान की शक्ति

02.09.17

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व प्रमाण पत्र नं. यहाँ लिखें

डाक्टर का मुँह में इलायक़ा के रसिदें

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

सुख व पद इत्येतान् अभिबुद्ध अभिप्रायौ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

मन्त्री इन्द्रधनुष ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायै इत्युक्तम् ॥

SANCTIONED

संयोजक

REJECTED

सुनम्बर