

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0917/0844

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/09/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

AMINA KHATOON

AGE-YEARS अनु-वर्ष

SEX लिंग

54

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

MD MUSLIM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

2 BASE SHIBPUR ROAD 31 SHIBPUR HOWRAH

-711102, 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 साक्ष्य संलग्न)

PAN No. संपादित करें

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

क्या आप आय कर पayer हैं (जो लागू हो उस पर सही 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 सम्बंध
1.	AMINA KHATOON	54	F	SELF
2.	MD MUSLIM	60	M	HUSBAND
3.	AKRAM	35	M	SON
4.	SURESHA BEGUM	30	F	DAUGHTER IN LAW
5.	MD SAKIL	18	M	GRAND SON
6.	MD ALAM	8	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) संश्लेषी रिकार्ड के साथ 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (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 हो गई सहायता राशि

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, 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मान्य प्रमाण प्राप्त है तो मेरी आवश्यकता जिस की यह सहायता है।

2) मैं इससे जो सहायता दूँगी "कोशिका फाउण्डेशन", से उसे यह सही है, उसका उपयोग सही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके किसी भी हिस्से, उस दलित या अल्पसंख्यक को सहायता जिसके नाम कोशिका फाउण्डेशन/कोशिका फाउण्डेशन के नाम से लिया है और न ही अधिकार में लूँगा।

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/post-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 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 द्वारा या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमति भी दूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटो और वो विवरण इस द्वारा में जोड़ें हैं, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायीयों, दान, समर्थन प्राप्त करने के लिये मुझे प्रचारित करने के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये द्वारा का विवरण में इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटो और विवरण को निम्न सहाय्य के उपरोक्त में प्रसारित है मुझे नहीं सहाय्य का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

...and the ...



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.

इससे अधिकतर, इससे भी और से पहले/पहले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रश्नों से आम व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि व से पहले और व ही वित्त में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सेवा या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/करने में नहीं या से नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारित/विचारित प्राप्त से हमने व "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकतम/अधिकतम हेतु मनुष्य को किंचित मात्र है से अस्वास्थ्य किसी अन्य व सहायता सेवा या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकतम सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट बात यह है कि अस्वास्थ्य वित्तीय पर उस वित्त/पहले हेतु किसी भी प्रकार की सेवा या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही व सहायता सेवा वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे या अस्वास्थ्य द्वारा ही व सहायता या किने से अस्वास्थ्य/वित्त का प्रमुख वही एवं अस्वास्थ्य से सेवा का निम्न है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए अस्वास्थ्य में वही से प्राप्त सुख और जाने जाने को नहीं विचारित/वही एवं अस्वास्थ्य को वही और "कोशिका" को वही वित्त या विचारित/वही इस मामले में नहीं होती।

REJECTION

संज्ञति (स्वीकृत्य/विमलतया विज्ञानं लब्धम्)

मा

कनकपुर

Date of Surgery
 1998-01-01

Dr. Arindam Das
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. 50070
Integrative Foundation & Research Center

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

एक ही समय में, यह प्रमाणित करता है कि यह एक ही है।

Shib Sankar Dey
Director
World Eye Foundation & Research Centre

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

कृष्ण व पद्म इनका नाम अभिदूत अभिषेकी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE:

म्यामी (लंडन)।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी राजाका २

SANCTIONED

1997

REJECTED

सन्तुष्ट