

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Blocks of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/091H/0859

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05.09.18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SUPIA BEGAM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME: LATE SK ESMAIL

पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BARUE, MATO, HOWRAH - 711008

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

ASABOYE



OCCUPATION:

व्यवसाय

MAID SERVANT

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS - 5000 x 12 = 60000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आय प्रमाण

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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.	SURIA BEGAM	55	F	SELF
2.	SK RASHID ALI	65	M	HUSBAND
3.	ABISUL ALI	40	M	SON
4.	ASHIM BEGUM	35	F	DAUGHTER IN LAW
5.	SK ANISH	15	M	GRAND SON
6.	GIASUL HAQUE	12	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि अलग

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये विषयों 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 (YES + 10L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

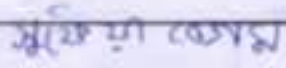
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में सचुआ सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में पूर्ण रूप से, या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से कोई भी सहायता नहीं ले रहा हूँ और न ही ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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-upreproduce 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 to 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में दिये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी इस सहमति के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या भरोदारों को मेरी सहायता प्रदान करने के लिये अधिकृत नहीं है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी इस सहमति के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या भरोदारों को मेरी सहायता प्रदान करने के लिये अधिकृत नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: 

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:
- 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 अधिकृत, हम यहाँ घोषणा करती हैं कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, बिना हम (हॉस्पिटल) को किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिये।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, बिना हम (हॉस्पिटल) को किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिये।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिये हम (हॉस्पिटल) को किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिये अधिकृत है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निरास का निशान लगायें)		ACCEPTANCE संस्तुति	REJECTION निरास
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05.09.17	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS Reg. No. 54606 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का नाम व छाप	Shib Sankar Dasgupta Director Sudrat Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम व छाप	

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

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निरास	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आर्यो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आर्यो हस्ताक्षर 2
		