

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

K/0917/0862

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05.09.18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SK SAJJAT ALI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

SK AHAMMED ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

JANGAL SUTI, SATGARAH JANGIPARA
HOOGHLY, 712404, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आय संख्या

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 / 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.	SK SAJJAT ALI	72	M	SELF
2.	ABDOL BASID	40	M	SON
3.	MARIYAM BIBI	37	F	DAUGHTER
4.	NAZMA BIBI	35	F	DAUGHTER
5.	SK JAMAL	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्ने विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नोपे 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 विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियाएं सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT - LE
2.	SURGERY- LE (SICR + 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 इसे गई सहायता राशी

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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाये या इस पर सन्देह उत्पन्न हो या सत्यता सही न हो तो इस प्रपत्र को अस्वीकार कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बतलाना है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद अन्य किसी भी स्रोत से या भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी भी अन्य स्रोत से इस मदद के लिये किसी भी प्रकार से मदद नहीं 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/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 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे नाम या विवरण को प्रकाशित करने या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत 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 "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

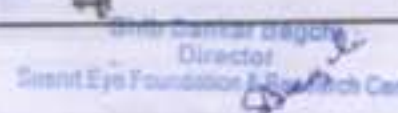
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह हम (हॉस्पिटल) को सहायता से मदद न करे।
- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं या मेरा हॉस्पिटल से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं ले रहा हूँ। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं मिलती है, तो हम (हॉस्पिटल) को सहायता से मदद करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मदद लेने का अधिकार होगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तिय प्रकृति की है। उपचार या प्रकृति का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है और "कोशिका फाउंडेशन" इस निर्णय को प्रभावित नहीं करता है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूरी जिम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त या निराकरण लगाने)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण	REJECTION सम्पूर्ण
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 05.09.18	Dr. Arindam Dey MBBS, D.O, FRCS Reg. No. 5886 Koshika Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पता	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजी इलाका 2
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED सम्पूर्ण	