

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

K/0917/0870

APPLICATION DATE: 05.09.17
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

ASMA BEGAM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्न्य का नाम

SK MD JAHUR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MIDYA PARA, BARUE, METE AMTA, HOWRAH,
711008, 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. 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.	ASMA BEGAM	54	F	SELF
2.	SK MD JAHUR	60	M	HUSBAND
3.	LALI BEGAM	30	F	DAUGHTER
4.	NIASBIN BEGAM	29	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विवरी 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 की?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस पर सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा करने पर)

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तब यह प्रकरण निरस्त हो या खारिज हो।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊँगा और न ही बीमा के तहत।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करने पर)

- 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/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत होकर, मैं (अर्शक) यहाँ पर स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, या अन्य माध्यमों द्वारा प्रसारित करें या मुझे भविष्य में और उपस्थिति में मेरे विवरण को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्तगत हो जाने या नहीं मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उपयोग के प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित या प्रसारित की जाने वाली सभी और जानकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ तर्जनी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करने पर)**

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर स्वीकार करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से प्राप्त न कर सकेंगे।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना करेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित प्रकरण के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी स्तर पर नहीं दी जाती है तो हमारा अधिकृत स्वीकार करता है कि हमें अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से हम यह स्वीकार करते हैं कि सहायता प्रदान करने पर हमारे पास कोई भी भविष्य में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जायेगी, उसे केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे पास हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता का प्रयोग करने के लिए पूर्ण अधिकार है। हमारे पास यह है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकरण का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में प्रदान की जाने वाली सहायता और अन्य सभी को जारी रखने के लिए हमारे पास पूर्ण अधिकार है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकार/निरस्त का निराकरण लगाने)

ACCEPTANCE

सम्पूर्ण

REJECTION

सम्पूर्ण

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

05.09.17

Dr. Arindam Deb
JAMES.D.O. FRCS
Reg. No. 2000
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप

Dr. Sanjay Singh
Director
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED

सम्पूर्ण

REJECTED

सम्पूर्ण