

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No.: K/0914/0876 APPLICATION DATE: 05.09.17

NAME of APPLICANT: SAKHI BEGUM

AGE-YEARS अनु-वर्ष
50SEX लिंग
F

FATHER/SPOUSE'S NAME: LATE ISHLAM ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

AMTA, HATJRAH, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION: COOK

TOTAL ANNUAL INCOME: RS - 800x12 = 9600/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का आय प्रमाण)

PAN No. स्थायी आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 से क्या संबंध
1.	SAKHI BEGUM	50	F	SELF
2.	SK ANSAR ALI	35	M	SON
3.	SOFURA BEGUM	25	F	DAUGHTER IN LAW
4.	SHAHIDUL ALI	2	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्नी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की एक प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की एक प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की एक प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूखी संलग्न
1.	DIAGNOSIS CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (31RS + 10L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता बिना अन्य स्रोत से लिया गया है?

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



DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किये गए)

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है जो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता यहाँ "कॉशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उद्देश्य की पूर्ति के, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किये गए)

- 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 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 में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जैसे "कॉशिका" एक्यू न्यूज़, पत्र, पत्रिका/पत्र द्वारा उद्देश्य से सुदी प्रचारित/प्रचारित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या मेरे करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग है कुछ उदाहरण: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एक्यू उदाहरण न्यूज़ या प्रचारित माध्यम और सहायता की होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किये गए)**

- 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 पसले/रोगी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) किन प्रकार से नाम व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिए से लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उदाहरण के सम्बंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अन्य हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के रूप में स्पष्ट करता जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से ही सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या बिना के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और जल्द करने की सही सिफारिश रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निस्त का निश्चय लगाने)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण	REJECTION अपूर्ण
Date of Surgery अवस्थापन की तारीख 05.09.17	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS REG. HA-52000 Koshika Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shub Sanjay Bagchi Director Koshika Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED अपूर्ण	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2