

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : <u>K/0917/0877</u>		APPLICATION DATE : <u>05.09.17</u>			
NAME of APPLICANT : <u>ASMIRA BEGUM LASKAR</u>		AGE-YEARS <u>36</u>		SEX <u>F</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>HAYDAR ALI LASKAR</u>					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>MIDEY PARA KANDUR AMTA HOWRAH</u> <u>211410 - WEST BENGAL</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u>					
OCCUPATION : <u>MAID SERVANT</u>					
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>RS - 1000 X 12 = 12000/-</u> (Attach Proof of Income)					
PAN No. : <u>AS ABOVE</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No <u>Yes</u>					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	ASMIRA BEGUM LASKAR	36	F	SELF	
2.	HAYDAR ALI LASKAR	50	M	HUSBAND	
3.	SOBENOR KHATUN	19	F	DAUGHTER	
4.	SABINA KHATUN	15	F	DAUGHTER	
5.	SABINA KHATUN	13	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (CATARACT)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

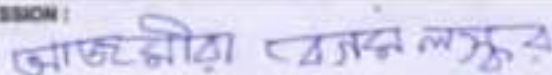
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if applicable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 कथन प्रमाण प्राप्त नहीं हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में वर्णित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या अन्यथा किसी भी रूप में, उस राशि का प्रतिफल या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/print-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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूर, दूरदर्शन, रेडियो, टीवी, इंटरनेट और अन्य माध्यमों के द्वारा किसी भी प्रकार प्रकाशित कर सकते हैं बिना अधिकृत हैं। मेरी इसका विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" समूह, पत्रिका, रेडियो और अन्य माध्यमों का निर्णय अंतिम और अविरोध योग्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँठ का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) बिना प्रपत्र से नाम व अधिकृत करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या तो नहीं हैं, यदि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है तो हम "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अनुमति हेतु अनुमति नहीं कि यह है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता है कि हमारा वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान की जाती है, उसे या हॉस्पिटल द्वारा ही नहीं प्राप्त या बिना हमें अस्पताल/प्रक्रिया का चुनाव देते हैं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में देते हैं प्रत्येक प्रक्रिया और अपने अपने को सही सिफारिश देते हैं हॉस्पिटल को होने और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (सही/गलत/निरास्त का विवरण सहायता)

ACCEPTANCE

समर्थन

REJECTION

अस्वीकार

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05.09.18

Dr. Arindam Deb
FRCGS, FRCS
Reg. 300-58079
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या मुद्रा

Shub Sankar Ghosh
Director
Susrut Eye Foundation & Research Centre

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

जान व पर हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जारी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जारी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED

समर्थित

REJECTED

अस्वीकार

