

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन फार्म)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

K/1017/1007

APPLICATION DATE :

05.10.17

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

HAFIJA BIBI

AGE-YEARS अनु-वर्ष

47

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

JULFIKAR MANDAL

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

MANOHAR PUR O MATTHARA, SAMAGRA AKAIPOK
GOPALNAGAR, NORTH 24 PARGANAS,
743262, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

HOUSE WIFE

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME :

NIL

(Attach Proof of Income)

कुल वार्षिक आय

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

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

Yes / No

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

हाँ / 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.	HAFIJA BIBI	47	F	SELF
2.	JULFIKAR MANDAL	53	M	HUSBAND
3.	SUMITA KHATUN	25	F	DAUGHTER
4.	BINAYAK MANDAL	08	M	SON
5.	CHAROYAR MANDAL	18	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु और आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदौकरी कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य करने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS #10L)

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 जो लक्ष्य सहायता लगी

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 any, 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे नहीं माग्यता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उम्मीद के अनुसार ही होगा जो कि मेरे लिए माग्यता निरास की जा सकती है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं माग्यता हेतु या अन्यत्र से कोई भी सहायता नहीं माग्यता निरास की जा सकती है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

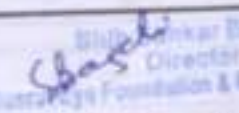
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations from Koshika Foundation and/or disseminating information about its 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग्यता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि माग्यता हेतु माग्यता निरास की जा सकती है, उसे माग्यता निरास की जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माग्यता निरास की जा सकती है, जो कि हम (हॉस्पिटल) माग्यता निरास की जा सकती हैं, जो कि हम (हॉस्पिटल) माग्यता निरास की जा सकती हैं।
- 2) कि हम (हॉस्पिटल) माग्यता निरास की जा सकती हैं, जो कि हम (हॉस्पिटल) माग्यता निरास की जा सकती हैं, जो कि हम (हॉस्पिटल) माग्यता निरास की जा सकती हैं।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संमति (स्वीकृत/निरास का निशान लगायें)		ACCEPTANCE समर्थ	REJECTION निरास
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05.10.18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. अंश अग्रवाल	
FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)			
SANCTIONED संमति	REJECTED निरास	SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
		