

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1017/1022

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

06.10.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SALIMAN BIBI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

72

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

MUCHHCHA SEKH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SEKH PARA, PADMERHAT, SOUTH 24 PARAGANAS
743372, 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. संपत्ति कर 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 /MS

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	SALIMAN BIBI	72	F	SELF
2	NURISLAM SEKH	47	M	SON
3	SAKILA BIBI	44	F	DAUGHTER
4	NUR MAHAMMAD SEKH	42	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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 मने निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS- CATARACT- LE
2	SURGERY- LE (STEC F101)

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 उसी पर सहायता पुरती

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 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 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 मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पता लगा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं करूँगा, कि इस सहायता का अंश या पूर्ण रूप से किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से प्राप्त किया जा सके और मैं इस सहायता को वापस न करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 to 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 बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" ट्रस्ट, न्यायी, पत्र, प्रकाशक द्वारा अंतरिम से मुझे चिकित्सीय और उपचारिक हेतु के लिए किसी भी प्रकार संपन्न से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे इरादों के बारे में सत्य है और मैं इसे "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों के अधीन है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" ट्रस्ट इसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा हस्पताल और मैं ही अधिकृत है वित्तीय सहायता किसी भी हस्ताक्षर को मान्य या स्वीकार नहीं करेगा कि हमें या मेरे हस्पताल को, यदि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता नहीं मिलती तो हमें या मेरे हस्पताल को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के अभाव में अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट करता है कि हस्पताल इसी तरह पर हमें या मेरे हस्पताल को सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल को सहायता का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने के इरादों प्रकाश और जो जो भी सही निर्णय लेने एवं हस्पताल को सही और "कोशिका" की कोई भी सहायता या निर्णय इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृति/निस्तुति का निश्चय लगाने)

ACCEPTANCE

सम्मत

REJECTION

निरस्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06.10.17

Dr. Arindam Das
MBBS, DD, FRCS
Reg. No. 58098
Koshika Foundation & Research Centre(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
जानकारी हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2SANCTIONED
संस्तुतिREJECTED
निरस्त