

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1014/1024

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

07.10.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

KAMRUNNESSA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

RAHAMAT ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BE SAPTACHI 1ST LANE KOLKATA,
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. राष्ट्रीय करदाता संख्या

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

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

Yes / NO

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 संबंध
1.	KAMRUNNESSA	50	F	SELF
2.	RAHAMAT ALI	58	M	HUSBAND
3.	AKSHAD ALI	28	M	SON
4.	HEENA BIBI	23	F	DAUGHTER IN LAW
5.	WAHIDALI	5	M	GRAND SON
6.	HANNA ALI	4	F	GRAND DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का 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 निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SRS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता पड़ी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 suspension/termination.
- 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 व सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस प्रार्थना के माध्यम से, इस मदद का उपयोग या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

- 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/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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" ट्रस्टियों, चर, सम्पत्तियों के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इसका अर्थ है कि मैं इसका उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद ले रहा हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रार्थना के माध्यम से प्रसारित है मुझे स्वतः प्रार्थना का अधिकार नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" ट्रस्टी इसके निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

- 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 और से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय प्रार्थना हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र से मान्यता नहीं देते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय प्रार्थना किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित प्रपत्र के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हो रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना निरास की जाएगी, तो हमें स्वतः प्रार्थना के लिए अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्रार्थना लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के माध्यम से हम घोषणा करते हैं कि प्रार्थना के माध्यम से प्रार्थना लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद प्रार्थना के माध्यम से मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हॉस्पिटल को इससे कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा और न ही इसका उपयोग करने के लिए हमें अधिकृत किया जाएगा। हमें या हॉस्पिटल को इससे कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा और न ही इसका उपयोग करने के लिए हमें अधिकृत किया जाएगा। हमें या हॉस्पिटल को इससे कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा और न ही इसका उपयोग करने के लिए हमें अधिकृत किया जाएगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संमति (स्वीकृत/निरास का विवरण लगाएं)

ACCEPTANCE

सहमत

REJECTION

निरास

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

08.10.17

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका नं. सह छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हम व हमारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम डॉक्टर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम डॉक्टर 2

SANCTIONED
संमति

REJECTED
निरास

[Signature]

[Signature]