

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1017/1034

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

07.10.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

RASIDA BEGUM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

57

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

KAMALI KHAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

1. KAPALI BAGAN 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. संपादित खाल छोड़ें

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

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

Yes / NO

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.	RASIDA BEGUM	57	F	SELF
2.	KAMALI KHAN	65	M	HUSBAND
3.	RASHID KHAN	30	F	DAUGHTER
4.	KAMALI KHAN	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन 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 किये गये विनियम 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 (JACS 101)

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 उद्देश्य के लिये सहायता राशि

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 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 जायेगा तब यह प्रपत्र निरस्त किया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेज रहा हूँ, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो कि भविष्य में मिलेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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 for 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 fulfilment 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 (अर्शक) 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, उसे "कोशिका" एनएफआई, दूर, कक्षाएँ शुरू करने के लिये दानों को एकत्रित करने के लिये और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी देना। मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सफाई करने की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का प्रयास करेंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उपाय के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम सहायता के अभाव में अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दस्तावेज़ के अन्तर्गत हमारा उद्देश्य है कि हम सहायता हेतु सिफारिश करने वाले हैं कि हम सहायता लेने का प्रयास नहीं करेंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, वह वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्ताक्षर करने वाले हैं कि हमने उपाय/प्रक्रिया का चुनाव हमारे और रोगी के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया को हमारे और रोगी के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निस्तुति का चिह्न लगाए)		ACCEPTANCE सहमति	REJECTION निस्तुति
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 07.10.17	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, FRCS (S&T), FRCR Reg. No. 34756 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का छाप	 Dr. Alok Agrawal Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हम हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निस्तुति	SIGNATURE of TRUSTEE 1 हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 हस्ताक्षर 2
			