

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1017/1036

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

07.10.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MD. MUSTAQUE HMRD

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

MD. DSHABUE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 28/11/58 DR. MANINDRA CHATTERJEE SARANI
(GAS. ST.) 28 NARVELDANGA, KOLKATA 700009,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

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.	MD. MUSTAQUE HMRD	65	M	SELF
2.	FATEMA BIBI	57	F	WIFE
3.	MD. SIRAJUL	35	M	SON
4.	MD. RIFAUL	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी 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 वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे यह विवरी 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 (SIGES + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशी

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 यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन माना जाय याता है तो मेरी आशाएँ निराश की जा सकती हैं।

2) मैं इससे जो सहायता मिले "कीटिका फाउन्डेशन", से उसे मैं सही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।

3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके किसी भाग से, उस लक्ष्य का अतिरिक्त या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्माणा/बीमा कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish 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.

[illegible]

andrew se gungar na aibek na firay

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.

1) यह कि न तो सीमाएं और न ही विधिगत या विधिगत आधारों बिना कि सीमाओं को सीमा या बिना सीमा सीमा से उठा लेने/हटाने में लगे या ले लें हैं, जैसे कि अपने "अतिरिक्त आधार-सीमा" से विधिगत/विधिगत उठा ले सीमाओं में "अतिरिक्त आधार-सीमा" द्वारा गहरा हो कि है। यदि "अतिरिक्त आधार-सीमा" द्वारा आधारों बिना अतिरिक्त/अतिरिक्त हो नगरी भी किमा सीमा है तो आधारों बिना सीमा सीमा कि सीमाओं को बिना सीमा आधारों से आधारों लेने या अतिरिक्त सीमा उठा है। इस सीमा में नगरी सीमा सीमा है कि आधारों बिना गहरा उठा लेने/हटाने हो बिना कि सीमाओं को सीमा या बिना सीमा आधारों से सीमाओं लेने।

2. "बौद्धिक सम्पदा" से ही यह सापेक्ष संकेत मिलता प्रकट हो है। ऐसी या सम्पदा इस ही यह सापेक्ष या बिन्दु पर उपस्थापित का पुनः ऐसी एवं सम्पदा से ही का निष्कर्ष है और "बौद्धिक सम्पदा" इस बिन्दु प्रकाश का कोई प्रमाण नहीं है। इसीलिए सम्पदा में ऐसी से सम्पदा पुनः और जाने जाने की तारी निर्णयों ऐसी एवं सम्पदा को ही और "बौद्धिक" को कोई प्रमाण या निर्णयों इस सम्पदा में नहीं होनी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निश्चय लक्षण)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण		REJECTION सम्पूर्ण	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07.10.17	Dr. Alok Aggarwal MBBS, MS, PhD (En), FRCR (UK) Reg. No. 34766 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व उद्दि. नं.		Dr. Sankar Bagchi Director Jyoti Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इत्यादि अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग हेतु					
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED सम्पूर्ण	SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्थायी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्थायी इलाका 2	
					