

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

K/1017/1030

APPLICATION DATE :

07.10.17

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

SK RABBANI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

47

SEX लिंग

M

आवेदक का नाम

FATHER/SPOUSE'S NAME : LATE SK RAMJAN

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

15/H/75 BIBI BAGAN LANE TANGRA S.O.
KOLKATA 700015, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

CONTRACT LABOUR

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME :

RS. 1800 x 12 = 21,600/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाते संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का गिशन 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.	SK. RABBANI	47	M	SELF
2.	SAHASRADI BANU	50	F	WIFE
3.	SK AMIR	28	M	SON
4.	NAFISHA RIYAZ	20	F	DAUGHTER IN LAW
5.	MD HASHMAN WARSHI	5	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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 किने गये विवृति 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 + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: none yet none yet

- 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 बताना हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने अथवा प्राप्त है जो मेरी आवश्यकता सिद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिक उचित "कोशिका फाउंडेशन", से भी जा रही हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण में बताया गया है।
- 3) मैं पुनः कहना हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या अपने नियोक्ता या बीमा कंपनी से या किसी अन्य सोर्सिग/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कम्पनी से या जो भी स्रोत है और मैं उसे अप्रत्यक्ष रूप से नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (below the line)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रश्न का उत्तर इसलिए या नहीं देना आवश्यक है, इसे (आवेदक) अपनी साक्षी की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता है कि वेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायीयों, दान, समर्थन या अन्य उद्देश्य से सूची पत्रिकाओं और प्रकाशनों में प्रकाशित करने में लिए अधिकृत है। वेरा प्रश्न का विवरण वेरा उत्तर में प्रेषित या बाद में करने में लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सामग्री को उद्देश्यों से प्रेषित है सुनिश्चित करता है कि प्रश्न: प्रश्न का उत्तर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अनेक वंशवृक्ष व अनेक वंशवृक्ष व अनेक वंशवृक्ष

AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट होस्पिटल)

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 अधिवक्ता, हस्ताक्षरों की ओर से पारदर्शिता की "बोलिया पारदर्शिता" से निहित समझा रहे निष्कर्षों की जारी है। जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से समझ व स्वीकार करते हैं:

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण लगाने)

ACCEPTANCE

44

DEFECTION

2000

Date of Surgery

अभिनेता की पहचान)

Dr. Anil Agrawal
MBBS, MS, FRCS (C), FRCS (G)
Reg. No. 23785

(Name of Dr. & Recn. No. with Stamp)

उत्पत्ति का नाम व इतिहास व रीति, र.

Sankar Bagchi
Director
The Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

मध्य प्रदेश राज्यपाल

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इत्युच्यते ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अथैव ॥

SANCTIONED

सुप्रीम

REJECTED

1999