

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K/1018/1061 APPLICATION DATE : 10.10.18

NAME of APPLICANT : JAHANARA BANU AGE-YEARS : 64 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : IMAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : PART NO- 205, KUMARJOL, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	JAHANARA BANU	64	F	SELF
2.	ASRAE ALI GAZI	40	M	SON
3.	KUTUBODDIN GAZI	37	M	SON
4.	MUSLIMA BIBI	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
--------------------------------	--	------------------------------	--------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIOL + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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, 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन होगा तो मेरी आवेदन पत्र का निराकरण किया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उम्मीदवार की पूर्णता के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से, या भविष्य में, किसी भी प्रकार की मदद, पूर्ण या आंशिक, के लिये नहीं आवेदन करूँगा।

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 it's 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके "ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे लिये मदद की आवश्यकता के विवरण का उपयोग करने के लिये अधिकृत करता हूँ। इस उपयोग का अर्थ है कि कोशिका फाउंडेशन मेरी मदद के लिये या मेरी आवश्यकता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत करेगा।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे लिये मदद के विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी द्वारा उपयोग के लिये किया जा सकता है। इस उपयोग से कोशिका फाउंडेशन को मेरी मदद के लिये अधिकृत करने का अधिकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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, हमारा अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं। हम (हस्पताल) निम्न प्रमाण से सत्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से उसी रोगी के लिये नहीं मांग रहे हैं, बल्कि हम कोशिका फाउंडेशन से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद मांग रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता किसी भी रूप में नहीं दी जाती है, तो हम अपने आपसे ही अन्य स्रोत से मदद मांग सकते हैं। इससे हमारा मतलब है कि कोशिका फाउंडेशन को वित्तीय सहायता के लिये हमारे रोगी के लिये कोई भी अन्य स्रोत से मदद मांगने की आवश्यकता नहीं है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल वित्तीय उद्देश्यों के लिये ही किया जा सकता है। हमारे रोगी के उपचार के लिये हमारे पास अपना ही फैसला होता है और कोशिका फाउंडेशन द्वारा किसी भी प्रकार की मदद नहीं दी जाती है। हमारे रोगी के उपचार के लिये हमारे पास अपना ही फैसला होता है और कोशिका फाउंडेशन द्वारा किसी भी प्रकार की मदद नहीं दी जाती है। हमारे रोगी के उपचार के लिये हमारे पास अपना ही फैसला होता है और कोशिका फाउंडेशन द्वारा किसी भी प्रकार की मदद नहीं दी जाती है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृति/निराकरण का निशान लगायें)

ACCEPTANCE

संस्तुति

REJECTION

निराकरण

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10.10.14

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O, FRCS
Reg. No. 58096
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Shri Anurag Bagchi
Director
Koshika Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिये)

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निराकरण	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आशी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आशी हस्ताक्षर 2