

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1017/1096 APPLICATION DATE : 13.10.17
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ABDUL GANI GAZI AGE-YEARS : 62 SEX : M
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ASGAR GAZI
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MAHINPUR, NORTH 24 PARGANAS,
443991 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1500 x 12 = 18000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न काटें) 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	ABDUL GANI GAZI	62	M	SELF
2	ANJULA BIBI	54	F	WIFE
3	HASANUR GAZI	30	M	SON
4	SHAMUNUR GAZI	26	M	SON
5	MAFURA BIBI	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधिगत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रीखा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विनोद का उद्देश्य:

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

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 लई गई सहायता राशि
1		
2		

DECLARATION by APPLICANT: 20706 20 400 001

- 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 so, 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 यही प्रमाण करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रमाण प्राप्त है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध हो जा सकती है।
- 2) मैं यही प्रमाण करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि प्राप्त है, उसका उपयोग उद्योग उद्योग को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग किया है।
- 3) मैं यही प्रमाण करता हूँ कि मैं इस प्रमाण से प्राप्त राशि को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही प्राप्त है और न ही भविष्य में प्राप्त।

AGREEMENT by APPLICANT (unless pp. 508)

- 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/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 ढर्रे का करने इच्छा या अंगों को उत्तर उत्तर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को प्रेषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" का अधिकृत करता हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस ढर्रे में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा भरोसे, उत्तर, प्रकाशित करने के उद्देश्य से सुदूर भविष्य में और उपस्थिति में होने वाली भी उत्तर उत्तर से प्रेषित करने में लिप्त अधिकृत है। ये ढर्रे का विवरण ये उत्तर में प्रेषित या कर के करने में लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" के भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण को कि उत्तर के भरोसे में प्रेषित है प्रेषित है। उत्तर का उत्तर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उत्तर भरोसे का निर्णय अंतिम और अविरोधी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अपेक्षा की इजाजत या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL: (SPRINT 20 400)

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.

in the matter, _____ के विषय सम्मान के विचारों को ज्ञात है, जिसे इस (आवाज़) विषय प्रसार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्कृति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण संग्रह)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13.10.13

Dr. K. Ghosh
MBBS, D.O., ONB, FRC5
Reg. No. - 50971
Detnet Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

ACCEPTANCE

यन्त्र

REJECTION

100

Dr. Bankel Begon
Director
Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद इत्यादि लिखित अभिलेख

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अथवा प्रत्यक्ष रूप से।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भारतीय इतिहास 2

SANCTIONED
सन्तुष्टि

REJECTED
कमन्स