

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1017/1102

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14.10.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

RASIDA BEGUM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

ALAUDDIN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

9F TAPRIA 2ND 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. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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	50	F	SELF
2.	ALAUDDIN	60	M	HUSBAND
3.	MD. MUNNA	22	M	SON
4.	RESHMA BEGUM	25	F	DAUGHTER
5.	MD. SABBIR	22	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का पीछे 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 पत्र विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन 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 लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाय तब मात्र है तो मेरी आशा है कि मैं इस सहायता को प्राप्त कर सकूँगी।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग करूँगी, जो इस प्रमाण पत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगी और न ही भविष्य में ले सकूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to form)

- 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 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 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 पर अपने इलाक़ा या ज़िले की ज़रा सफ़ाई, मैं (अर्ज़ीकर्ता) अपनी साज़ी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फ़ाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फ़ोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में प्रकाश दें, इसे "कोशिका" एल्यू न्यायीयों, पत्र, साप्ताहिक पत्रों ज़रूरीयों से मुझे परिचितियों और वसतिस्थानों में लिखें बिना मेरे प्रस्ताव पत्रों से प्रकाश करने से शिर्ष अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे इलाक़ा के पत्रों या पत्र में करने से शिर्ष "कोशिका फ़ाउंडेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्ज़ीकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विषय को कि साप्ताहिक से ज़रूरीयों में प्रकाश है मुझे न्याय: साप्ताहिक का इलाक़ा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यू उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

સાહેબ એ જાણતા નહોતા કે સોનીએ આ પિંગ્વિન

AGREEMENT by HOSPITAL (醫院同意書)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अभिप्राय, आकाशी की ओर से आनेवाले सभी की "कॉलेजियम पाठशाला" से विभिन्न प्रकार के शिक्षण की जाती है, जिसे हम (हामरा) दिन प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित साधनता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य शरीर से उच्च ऐंटीकमलने में होने या तो रहे है, योही कि इनने "कोशिका चारन्देनर" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका चारन्देनर" द्वारा गहर हेतु कि है। यदि "कोशिका चारन्देनर" द्वारा साधनता किसी अधिकाधिक/उच्चतर हेतु मनुष्य को किम्व यात्र है तो सम्बन्धता किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से साधनता लेने या अधिकाधिक सुविधाता सम्बन्ध है। इस सुविधा में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धता विहित गहर उच्च ऐंटीकमलने हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेया/लेयी।
2. "कोशिका चारन्देनर" से ही यह साधनता केवल विहित प्रकृति की है। ऐंटी या सम्बन्धता द्वारा ही यह साधनता या किने गने उच्चतर/अधिकाधिक का सुचन ऐंटी एवं सम्बन्धता के बीच का विषय है और "कोशिका चारन्देनर" द्वारा किसी उच्चतर का कोई सम्बन्ध नहीं है। इसलिये सम्बन्धता में ऐंटी के सम्बन्ध सुझा और जाने जाने को सारी किम्व/ऐंटी ऐंटी एवं सम्बन्धता को ऐंटी और "कोशिका" को कोई अधिकाधिक या किम्व/ऐंटी इस सम्बन्ध में नहीं ऐंटी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त या निराकरण लगाने)		ACCEPTANCE स्वीकृत		REJECTION निस्त	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14.10.17	 Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58098 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नंबर		 Soumen Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SANCTIONED स्वीकृत	REJECTED निस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2	
					