

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. : K/6118/1668
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 06/04/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : RABIYA BEGUM
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SK. DHUKKHA
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

147/H/26, KESHAB CH. SEN STREET, KOLKATA,
700007, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL
कुल वार्षिक आय(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 का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)Yes / No
हां / 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.	RABIA BEGUM	55	F	SELF
2.	ALIBABU	31	M	SON
3.	ASMA KHATUN	28	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का दाता (आय का दाता होने पर सही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का दाता (आय का दाता होने पर सही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय का दाता होने पर सही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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



DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा घोषणा करें)

- 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 any, 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 विवरण एवं/अथ सहाय्य प्राप्त नहीं है तो मेरी सहाय्य निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहाय्य हेतु या उद्देश्य की पूर्ति हेतु, इस दवा की आर्थिक या सहाय्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करण)

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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दूर, साक्षात्कृत दूरसे उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार संप्रसारण में प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे उपचार के पत्रों या पत्र से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रेषित है सुरक्षित रहेगा; सहाय्य का हस्ताक्षर नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का लिखित अधिकार और संप्रसारण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

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 this matter.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्यताप्राप्ति की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रपत्र से सत्य व प्रतीकृत करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी भी प्रकार की सहाय्य या किसी अन्य स्रोत से उठा लेई जाएगी व लीने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारित/विशेष उपाय के अन्तर्गत "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्य किसी अतिरिक्त/सहाय्य हेतु मांगी जाती किताबत है तो अस्पताल किसी अन्य भी सहाय्यी स्रोत या किसी अन्य सहाय्य से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय प्रदान उपाय लेई/प्राप्ति हेतु किसी भी प्रकार की सहाय्य या किसी अन्य सहाय्य से नहीं लेई/प्राप्ति।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हस्पताल द्वारा दी गई सहाय्य या बिना हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हेतु एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में हमारे के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी हमारे एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दखल या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संसुक्ति

Date of Surgery अर्पणक की तारीख 06/01/18	Dr. Alok Agrawal M.D., Ph.D (Gen), F.M.R.F., F.S.N.C. Reg. No. 54788 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.	 Shub Gargi Barychi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2