

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0818/0990 APPLICATION DATE: 08.08.18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SK SAMSER AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 70 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GUL MOHAMMAD
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वार्तमान आवासीय पता
UNSAI GOALBARI SEKA PARA, HOWRAH
MUNICIPAL CORPORATION, SANTRACHCHI,
HOWRAH, PIN 702, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या है (अनुपस्थित हो तो छोड़ दें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर 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	SK. SAMSER	70	M	SELF
2	ANOWARI BEGUM	62	F	WIFE
3	SAHALAM	39	M	SON
4	SONIYA BEGUM	36	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किसे करने 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 लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रत्येक की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 donation to 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 प्रकरण का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन पत्रावली की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कॉशिका" समूह न्यायी, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण जो इसका वह पत्रों या कार्ड में करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" के न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" समूह उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/एकरी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मर्यादा में लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी न्यायिक/समस्त हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत सारकारी संस्था या किसी अन्य समस्त से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मर्यादा हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले/ले रहे।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या निर्णय गले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुल्क और अन्य खर्च को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संमति (स्वीकृत/निरस्त का चिह्नित लगाने)

ACCEPTANCE

समस्त

REJECTION

समस्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

08/08/18

Dr. K. Ghosh
MBBS, DO, DNB, FICS
Reg. No. 5097Surya Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Sushil Kumar Singh
Director
Surya Eye Foundation & Research Centre(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

समस्त व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2SANCTIONED
समस्तREJECTED
समस्त