

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1218/1734		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 05/12/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		AYESABIBI MOLLA		AGE-YEARS : वर्ष-वर्ष :	SEX : लिंग :
		78		F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम :		HADIBAR MOLLA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता					
KARMADERIA, BANBAN, HOWRAH, 711316, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय :		HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :		NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. : यहाँ खाली छोड़ें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर चिह्न लगा दें।)					
Yes / 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.	AYESABIBI MOLLA	78	F	SELF	
2.	KHADIM MOLLA	55	M	SON	
3.	KHAIRUL MOLLA	53	M	SON	
4.	MURTAHAN BEGUM	56	F	DAUGHTER	
5.	NUSHA BEGUM	48	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) पट्टे की रकम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मानुसंधान से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT RE				
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED सी गई सहायता राशि		



DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण करने वाले)

- 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 यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या इस प्रपत्र की पूर्ति के, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो भी स्रोत है और जो भी भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्पण करने वाले)

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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी छवि और उद्देश्य का विवरण सहित "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा याद में रखें, प्रकाशित करें और अन्य माध्यमों से मुझे या मेरी छवि को प्रकाशित करने में इच्छित हों। इस प्रपत्र पर मेरे विवरण को प्रकाशित करने से पहले या बाद में मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या ट्रस्टियों को अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या ट्रस्टियों को अधिकृत है। इस प्रपत्र पर मेरे विवरण को प्रकाशित करने से पहले या बाद में मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या ट्रस्टियों को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)**

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 प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से निराश हो जाते हैं, यदि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र पर सहायता नहीं दे सकते हैं।

1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतर को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र पर हमें सहायता देने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या ट्रस्टियों को अधिकृत है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय सहायता है। उपचार का चुनाव और सुरक्षा के मामले में हमें पूरी जिम्मेदारी लेनी होगी। हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से निराश हो जाते हैं, यदि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र पर सहायता नहीं दे सकते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 05/12/18	Dr. Arindam Deb MS, D.O., FRCS Reg. No. - 55096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर	Shri Santar Bagchi Director Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2