

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : K/1218/1737

APPLICATION DATE : 09/12/18

NAME of APPLICANT : AMINA BIBI

AGE-YEARS 48

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RIHAT ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : BANGLORE DOBBERE NORTH 24 PARAGANAS, 700119, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : [Blank]

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

Yes / No
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 आपसे संबंध
1.	AMINA BIBI	48	F	SELF
2.	MUKHTAR ALI	56	M	HUSBAND
3.	MANSUR ALI	25	M	SON
4.	MANMUR ALI	25	M	SON
5.	MAYMUR ALI	20	M	SON
6.	SALMA BIBI	12	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्न विकल्प चुनें

BPL Card (Attach Card Copy) एपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस एन सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य के उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जो भी हैं आवेदन के साथ संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICST 101)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो भी सहायता होगी

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am not a U.S. citizen or resident.

- 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/revocation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashioka 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 दाख करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मानकर प्रमाण पत्र दाख है तो पुरी प्रमाण पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर दाख करता हूँ कि "उद्देश्य" के अन्तर्गत, यदि मुझे कृपाया से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी थी।
- 3) मैं यहाँ पर दाख करता हूँ कि मैंने इस सहायता से पहले किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से इस राशि का पूरा या आंशिक रूप से वापस लेने का कोई भी प्रयास नहीं किया है और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above 2nd row)

- 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-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 उपर का करने इसका या करने की बात समझा, मैं (आवेदक) अपनी साक्षी की मुद्रि लगा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस उपर में लिखें हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, उनके द्वारा, या कदाचित् दूसरे माध्यम से मुझे प्रेषित करने और जानकारी के लिए किसी भी उपर प्रकाश में प्रसारित करने में हित अधिकृत है। वे उपर का विवरण में इसका मेरे पता या नाम से करने में हित "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि इसका मेरे माध्यम से प्रेषित है मुझे तथा: इसका या कदाचित् नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

andrew se gannett na aise na firan



AGREEMENT by HOSPITAL (FORM DR 400)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from KashiKa 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.

हार्द अतिथि: हार्दाली की ओर से सागर/रेली की "बोलिया पायरेडोन" से मिलियन सागरात हेतु विचारित की जाती है, जिसे इन (इन्सात) मिन उपाय से काम न लीयात करते हैं।

- 1) यह कि न तो कर्मचार और न ही अधिकार में विहित प्रावधान किसी भी प्रकार की संरक्षण या किसी अन्य तरीके से उसका उद्देश्यपूर्णा में होने या हो जाने से, जैसे कि इनमें "कोलिका प्रायोजन" से निवारण/निवृत्ति तथा सं संरक्षण में "कोलिका प्रायोजन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। और "कोलिका प्रायोजन" द्वारा प्राप्त किसी कोलिकाप्रायोजन हेतु प्रत्युत नहीं किंचित ज्ञात है कि आवश्यक किसी अन्य भी प्रकार की संरक्षण या किसी अन्य संरक्षण से प्राप्त होने का अधिकार प्रत्युत प्राप्त है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाया है कि आवश्यक प्रद्वित प्राप्त तथा उद्देश्यपूर्णा हेतु किसी भी प्रकार की संरक्षण या किसी अन्य संरक्षण से नहीं संरक्षण/प्रति।
2. "कोलिका प्रायोजन" से ही कि आवश्यक प्रत्युत प्रद्वित प्रत्युत को है। ऐसी या आवश्यकता द्वारा ही कि संरक्षण या किने कि संरक्षण/प्रति का प्रत्युत ऐसी एवं आवश्यक कि अन्य का प्रत्युत है और "कोलिका प्रायोजन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रत्युत नहीं है। प्रत्युत कि आवश्यकता में ऐसी कि आवश्यकता प्रत्युत और जाने जाने की प्रती किने/प्रती ऐसी एवं आवश्यक कि प्रती और "कोलिका" को कोई अधिकार या किने/प्रती इस प्रत्युत में नहीं प्रती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

ਧਰਮੀਯਤੀ ਅਤੇ ਨਿਧਿ ਮੰਗਲੀ

Date of Surgery अस्त्रोपकरण की तारीख 05/12/18	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS Reg. No. 55096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद, ई.	Shri Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इलाका 2	
		