

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.: ५/121३/1743 APPLICATION DATE: 05/12/18

NAME of APPLICANT: JAHANARA BEGUM AGE-YEARS ७२ SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SK. RAOSAN ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KAPATGERIA, HOLKHA, FULBIA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: PS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)

PAN No. नहीं है

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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	JAHANARA BEGUM	72	F	SELF
2.	SK. ABULBAKIR	50	M	SON
3.	RESANA KHATUN	48	F	DAUGHTER
4.	ASUKA BEGUM	44	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी की रेखा की पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कौन विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया प्रुषी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICR 710L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता पत्र

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, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashiika 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 प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण रूप से असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर प्रार्थना कर रहा हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण में हीने किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस प्रार्थना से पूर्व या आगे किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम है और न ही प्रार्थना में सुधार।

AGREEMENT by APPLICANT (unless otherwise noted)

- 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/print-upreproduce 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 fulfilment 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने छावनी की सुविधा प्राप्त हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस प्रकार में प्रकाशित है, इसे "कोशिका" प्रकाशित करे, या, याचनापत्र द्वारा उद्देश्य से मुझे पीठियों/पैठियों और छावनी/पैठियों को निम्न निधि की प्रस्ताव प्रस्ताव से प्रकाशित करने में हित अधिकृत है। वे इस प्रकार का प्रस्ताव मेरे प्रस्ताव को पालने या कर के करने में हित "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विषयक को कि प्रस्ताव से उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे इस: प्रस्ताव का प्रस्ताव नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रकाशित उद्देश्यों का निर्णय अधिक और प्रस्तावकर्ता होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आगे बढ़ते हैं तो हमें यह भी पता चलता है कि



AGREEMENT by HOSPITAL: (NUMBER 123 456)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this casual/joint for financial assistance from Koshika Foundation, we do/submit hereto 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 अर्चिद्वर, हजारी की ओर से चलाये गये "अतिथि पात्रार्थ" से विविध प्रश्न पूछे जायेंगे, जिसे हम (हजारी) तब प्रकाश से चमक न सकेगा।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सामान्य विधि के अन्तर्गत संविधान या विधि अन्य प्रकार से उक्त ऐतिहासिकों में से कोई भी है, जैसे कि इनमें "कोरिआ फायरिंग" से निमित्त/निमित्त काल के अन्तर्गत में "कोरिआ फायरिंग" द्वारा पर रोक है कि है। यदि "कोरिआ फायरिंग" द्वारा सामान्य विधि अधिनियम/अन्तर्गत से अनुमति नहीं दिया जाता है तो अन्तर्गत विधि अन्य के अन्तर्गत संविधान या विधि अन्य अन्तर्गत से सामान्य से का अधिनियम प्रकृत है। इस प्रकृत में पर न काल है कि अन्तर्गत विधि पर उक्त ऐतिहासिकों से विधि के अन्तर्गत संविधान या विधि अन्य अन्तर्गत से नहीं संभव/संभव।
2. "कोरिआ फायरिंग" से ही यह सामान्य संविधान प्रकृत नहीं है। ऐतिहासिक फायरिंग द्वारा ही यह अन्तर्गत या विधि अन्य अन्तर्गत/अन्तर्गत का प्रकृत ऐतिहासिकों द्वारा अन्तर्गत के बीच का विधान है और "कोरिआ फायरिंग" द्वारा विधि अन्तर्गत का कोई प्रकृत नहीं है। इसमें अन्तर्गत में ऐतिहासिकों द्वारा अन्तर्गत प्रकृत और अन्य के बीच का विधि अन्तर्गत ऐतिहासिकों द्वारा प्रकृत और "कोरिआ" की कोई प्रकृत या अन्तर्गत द्वारा प्रकृत में नहीं प्रकृत।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इन्दीयाली ओ लिख संसदुलि

Date of Surgery 05/12/18	Dr. Arindam Deb M.D. FRCO 110-53000 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. अरिंदम देब	Dr. Sankar Bagchi Director Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. संकर बागची
-----------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: इन्द्रधर 2
	