

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/1218/1754	APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 03/12/18
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SEKH HALIMA BEGAM	AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 58 SEX / लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : HADIM HALLIK	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास : ISANIGAN DARMATIA, DULOPUR, KARATIGERIA, HOWRAH, 711316, WEST BENGAL	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास : AS ABOVE	
OCCUPATION / व्यवसाय : HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : NIL	(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें)
FAN No. / फैन नंबर : ---	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (कोichever लागू है) : 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 / आवेदक के साथ संबंध
1.	SEKH HALIMA BEGAM	58	F	SELF
2.	SEKH HADIM BEGAM	52	M	SON
3.	SEKH MAJIB BEGAM	54	M	SON
4.	SEKH DILIP BEGAM	51	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) / एपीसी कार्ड की प्रमाण प्रतिलिपि (सहायता के लिए संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण प्रतिलिपि (सहायता के लिए संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (सहायता के लिए संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार
---	---	--	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसी कार्य/विषय का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य/चिकित्सा से संबंधित कोई भी प्रमाण प्रतिलिपि
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (JIC8 + 101)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / जो भी सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे प्राप्त किया भी न करूँगी।
- 5) मैं इस बात को स्वीकार करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त हेतु या भविष्य में नहीं है, इस बात का अधिकार या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/post-up/produce 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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में शामिल हैं, इसे "कोशिका" फण्ड फाउंडेशन, चर, चरमपथ चरम चरम से चरम चरमिनी और चरमिनी से मिले बिना भी इस प्रारूप से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत हैं। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मैंने या मेरे परिवार के किसी भी सदस्य को "कोशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं मिली है।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्राप्त करने के उद्देश्य से प्रेषित हैं उसे प्राप्त करने का अधिकार भी करता है इस प्रारूप में "कोशिका" फण्ड फाउंडेशन या भविष्य में अधिकृत और चरमपथ चरम।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक को हस्ताक्षर या बायाँ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से चरमपथ चरम को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पिटल) सत्य प्रमाण के साथ न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो चरमपथ चरम न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेगी क्योंकि हमें इस उद्देश्य के लिए मदद मिले, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/प्रक्रियागत सहायता से सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिली/प्रक्रियागत हेतु चरमपथ चरम कि है तो सहायता किसी अन्य स्रोत या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रारूप सहायता हेतु कि है कि सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया जा रहा है। हमें यह सहायता प्राप्त हो गई सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रियागत या चरमपथ चरम एवं सहायता से सहायता का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए सहायता में हमें से सहायता प्राप्त और जाने जाने की सही विवेचनाएं हमें एवं सहायता को हमें और "कोशिका" को कोई भविष्य या विवेचनागत सहायता से नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षा के लिए संयुक्त

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/12/18	Arindam Deb MSB.D.O. FRCS (Name of Dr. & Regs. No. With Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नंबर के साथ	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर <i>[Signature]</i>
---	---