

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1218/1779 APPLICATION DATE : 11/12/18
अवेदन क्रमांक : अवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : GOLAM JILANI AGE-YEARS 67 SEX M
अवेदन करणारा नाव उमेर-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GOLAM KADER
पितृ/पत्नीचे नाव

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : NEBRYANPUR PASCHIM BARABARI, RAJBARHAT, GOPALPUR, NORTH 24 PARGANAS, 740136, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण पत्र)

PAN No. XXXX XXXX XXXX ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
आय करा कर पत्र आहे का (को घटवत हो उदा पर नाही का चिह्नित करावे)

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 आवेदन करे वाले का संबंध
1.	<u>GOLAM JILANI</u>	<u>67</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>MID SAKIL</u>	<u>38</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
3.	<u>SABNAM</u>	<u>40</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) <u>सहायता हेतु को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करना)</u>	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) <u>आय कर को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करना)</u>	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) <u>उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करना)</u>	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof <u>आय को प्रमाण</u>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: व्ययता हेतु किसे लने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached <u>व्ययता/दवाखत से काली को पर उद्देश्य हेतु प्रमाण</u>
1.	<u>DIAGNOSIS - CATARACT LR</u>
2.	<u>SURGERY - LG (SECTOMY)</u>

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य व्ययता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE <u>अन्य स्रोत का नाम</u>	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED <u>को पर व्ययता प्रती</u>

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थीक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दूँगा तो मेरा आवेदन सत्य प्रमाण है उसे भी अस्वीकार किया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करना है, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद, इस रोगी का अतिरिक्त या अन्य किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से पैसे ले लिया है और न ही लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्थीक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उन्हें "कॉशिका" द्वारा प्रसारित, दान, समर्थन प्राप्त उत्प्रेषण से धुंधली प्रतिलिपि और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों का उपयोग कर सकते हैं। वे इस या किसी भी प्रकार के प्रचार या कार्रवाई के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से नाम ले सकते हैं।
- 2) मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना अनुमति के प्रसारित करने से मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं मिलता। इस मामले में "कॉशिका" द्वारा उचित निर्णय का अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थीक के हस्ताक्षर या अंगूठी 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिफारिश करने के साथ ही स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रश्न में उल्लिखित उद्देश्य के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने से कोई संयोजन नहीं है।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, उसे केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उपचार के लिए हमें अत्यधिक उत्तरदायित्व का पूर्ण बोझ है। हॉस्पिटल को सहायता प्राप्त करने से कोई सहायता नहीं मिलती है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज और सुरक्षा के लिए हमें पूर्ण जिम्मेदारी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery अर्थीक की तारीख</p> <p>31/12/18</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज नंबर सहित</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थीक के लिए)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्थीक 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्थीक 2</p>