

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1218/1783

APPLICATION DATE : 27/12/18

NAME of APPLICANT : MD EKARAMUL

AGE-YEARS : 58

SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GOLAM RASUL



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : NARAYANPUR PASCHIM BERHAMPUR ROJARHAT, GONDALPUR, NORTH 24 BARGANAS, 700136, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : LABOURER

MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs 1500 x 12 = 18000 /-

(Attach Proof of Income)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	MD EKARAMUL	58	M	SELF
2	TAMANNA BEGUM	45	F	WIFE
3	MD FARUK	23	M	SON
4	TARANNU BEGUM	18	F	DAUGHTER
5	SABNAM BEGUM	16	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	GLAUCOMA - L (SUSP) (SUSP)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED

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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
 - 2) मैं इस बात को घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल आवेदन में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बतलाया गया है।
 - 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने उद्देश्य के लिए, या पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की सहायता नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 its 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपेक्षकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस आवेदन में घोषित है, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। कोशिका फाउंडेशन को इस बात की जानकारी हो सकती है कि मैंने इस आवेदन के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मांगी है।
 - 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण के बिना प्रकाशित करने के अधिकार को कोशिका फाउंडेशन को प्रदान करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई जानकारी का उपयोग करके प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

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:

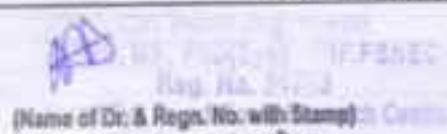
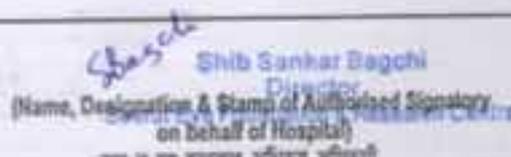
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ अंगूठे का निशान लगाकर "कोशिका फाउंडेशन" को सिद्ध प्रमाण देना सिद्ध करने की स्वीकृति की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) सिद्ध प्रमाण के बिना सहायता नहीं मांगेंगे।

- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं और मेरी हॉस्पिटल "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिद्ध प्रमाण नहीं मांगेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि के अभाव में हमें सहायता प्रदान करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता मांगने की आवश्यकता होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हमारे हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता के बिना कोई भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हमारे हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के बिना हमारे हॉस्पिटल के द्वारा ही सहायता प्रदान की जाती है। अतः हमारे हॉस्पिटल को सहायता प्रदान करने के लिए कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी प्रदान करने की नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्शक की तारीख 31/01/18	 (Name of Dr. & Regs. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पदिक नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
