

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1218/1786
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 5/12/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ABDUL HAMID
आवेदन का नाम

AGE-YEARS 78 वर्ष
SEX 11 लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HANIF ALI
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : R. GOPALPUR NARAYANPUR, PASHCHIM BENGALI BAZARHAT, NORTH 24 PARGANAS, 700136 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 (आवेदन के साथ संबंध)
1.	ABDUL HAMID	78	M	SELF
2.	RATIYA 131131	68	F	WIFE
3.	YUNUS ALI	42	M	SON
4.	MUJIB ALI	35	M	SON
5.	MAFIZ ALI	25	M	SON
6.	PARVIN 131131	30	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवृत्ति के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोष्यता कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (आवृत्ति प्रमाण के साथ प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित प्रमाण प्रस्तुत करें (आवृत्ति प्रमाण के साथ प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आवृत्ति प्रमाण के साथ प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
आवृत्ति हेतु लिये गये निम्न कारण

Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (आवृत्ति/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जोड़ने के लिए प्रमाण प्रस्तुत करें)
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED (तो गैर सहायता राशि)

DECLARATION by APPLICANT (अर्थीक दान लेने पर):

- 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 पर बताना हूँ कि इस दस्तावे में दिये गये सभी विवरण सही सत्यता के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य है तो मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ।
 - 2) मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ।
 - 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक दान करके):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 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 enable 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 दस्तावे में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थीक) यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ।
 - 2) मैं (अर्थीक) इस दस्तावे में बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थीक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल दान करके):

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.

हस्ताक्षर करके, हम यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ।

- 1) मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ।
- 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ, कि मैं यहाँ पर बताना सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधीनस्थ के लिए अनुमति

Date of Surgery अधीनस्थ की तारीख 31/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजीयन नं.	Bhub Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व. व. इलाका अधीनस्थ अधीनस्थ
---	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अधीनस्थ के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यहाँ पर बताना 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 यहाँ पर बताना 2