

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life

APPLICATION No.: K/1218/1820

APPLICATION DATE: 8/12/18

NAME of APPLICANT: ZAITU NISHA

AGE-YEARS मनु-वर्ष

53

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME: TAG AHMED

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास

79 COLIN STREET, PARK STREET, KOLKATA
700016, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास

AS ABOVE-

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

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

PAN No. पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर का शीर्षक हैं (को सही का उचित चिह्न दें)Yes / No
हां / 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 सम्बन्ध
1.	ZAITU NISHA	53	F	SELF
2.	TAG AHMED	65	M	HUSBAND
3.	SAIF AHMED	31	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़े को पत्र प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE.
2.	SURGERY - LE (Cataract)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कोई पत्र सहायता पत्र

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण करने वाले)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे ग्राहक निरास कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्ण या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न जो कुछ भी मिलेगा और न ही भविष्य में मिलेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाले)

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/put-up/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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या मोहरा लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकें, उसे "कोशिका" द्वारा, मुझे, या किसी अन्य माध्यम से, वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकें। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को प्रसारित करने से पहले या बाद में मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने से मुझे सहायता का प्रदान करने का अधिकार नहीं है। सहायता का प्रदान करने का अधिकार केवल "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों के निर्णय पर ही निर्भर करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या बाएँ 엄指 छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)

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.

हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए निवेदन कर रहे हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हैं:

- 1) यह कि हम वर्तमान में और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त नहीं करेंगे, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्रदान करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस घोषणा के अंतर्गत हम यह स्वीकार करते हैं कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" केवल वित्तीय सहायता प्रदान करेगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें यह स्वीकार करना होगा कि हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। इसलिए हमें अपने उपचार/प्रक्रिया और अपने उपचार के लिए जिम्मेदारी लेनी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. Shankar Nath MS (OPHTH) Research Center	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) Shri Shankar Bagchi Director हम व पर हमारा अधिकृत अधिकारी
--	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आरोपित 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आरोपित 2
(Signature)	(Signature)