

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1218/1824

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

8/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

RABEYA BIBI

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

68

SEX लिंग

F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

ADAP ALI MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासी पता

CHOTO JAGULIA NORTH 24 PARGANAS,
MADURAI, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासी पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOME MAKER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पैन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	RABEYA BIBI	68	F	SELF
2	ILIAM ALI	46	M	SON
3	FAKRUL ALI	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवश्यकता के लिये निर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गए निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जो गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.
2.	SURGERY - L (SCL + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED जो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण द्वा. करण)

- 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 प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे वापस ले लूँगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रमाण में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले लूँगा और न ही बीमा में दावा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वा. करण)

- 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-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 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 प्रमाण पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'वर्चस्व' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए, जो "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए है, मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को इस उद्देश्य के लिए प्रयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता के लिए प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता के लिए प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वा. करण)

- 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.
- हमारे अधिकृत, इसकाटो की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में प्राप्त होगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रस्तावित है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता पूर्ण नहीं होती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से हम घोषणा करते हैं कि हमारे पास वित्तीय सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत नहीं है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे पास इस रोगी के उपचार के लिए सभी आवश्यकताओं का पूर्ण उत्तरदायित्व होगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के बिना हमारे रोगी के उपचार में कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। इसलिए हमारे पास रोगी के उपचार के लिए सभी आवश्यकताओं का पूर्ण उत्तरदायित्व होगा और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तिथि 08/12/18	(Name of Dr. & Page; No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पृष्ठ संख्या के साथ मुद्रा	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) अपन व पद इसकाटो अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 वर्चस्व 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 वर्चस्व 2