

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (आरोग्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/1218/1825		APPLICATION DATE: 8/12/18			
NAME of APPLICANT: GULENOOR BIRI		AGE-YEARS: 33	SEX: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD. SHAHZADA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 10/8 K.D. ISLAM NARAILDANGA, KOLKATA HOODII, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)			
PAN No. XXXX XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)					
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 आपके संबंध का प्रकार	
1	GULENOOR BIRI	33	F	SELF	
2	PARVUL KHAN	48	M	SON	
3	MEHEDUOS KHAN	45	M	SON	
4	NOOR JAHAN KHATOON	40	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर को साथ प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपलब्ध पर (उपलब्ध पर को साथ प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पर को साथ प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/प्रीस्क्रिप्शन से साथ जो यह प्रमाणित सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS - CATARACT - Lc.				
2	Surgery - Lc (Surgery)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त प्राप्त हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता प्राप्त		

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण, मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया या यह है तो मेरी प्रमाण पत्र भी खारिज हो जाएगा।
- 2) मैं इस बात को प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रमाण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रमाण के माध्यम से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार की मदद लेऊंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण में दिये गए हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे इस प्रमाण पर दिये गए उद्देश्य के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद ले सकते हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद ले सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.
- इससे अधिकृत, इससे नीचे की ओर से प्रमाणित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी भी अन्य रोगी के लिए या के लिए है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की है, जिससे हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद से कम हो जाएगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद हमें प्राप्त नहीं होती है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से भरना होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मिलेगी, हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से भरना होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह प्रमाणित करने के लिए कि हमें सहायता मिलेगी, हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से भरना होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 08/12/18	 Dr. H. S. Sankar Nag (Name of Dr. & Design. No. with Stamp) हॉस्पिटल का डॉक्टर का नाम और डिजाइन नंबर के साथ स्टैम्प	 Dr. Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकृत अधिकृत
--	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	