

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/128/1822

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

8/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

PIRZADA MD ISMAIL

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

92

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

FARHA GAHMARI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

HATARA GAHAMARI NAGAR, GUMTI
RAJBARHAT, NORTH 24 PARGANAS, PIN-743009,
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी या निशान लगाएं)

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 से संबंध
1.	PIRZADA MD ISMAIL	92	M	SELF
2.	SAMSUDIN ISMAIL	60	M	SON
3.	SAHANUR ISMAIL	56	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पत्र लिखा जा रहा है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से साथ की गई प्रमाणित प्रतियाँ
1.	DIAGNOSIS - CATARACT. L.E.
2.	SURGERY - L.E (SUCCESSFUL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED उसी पत्र सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण, मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिंझक पूर्ण अथवा आंशिक रूप से गलत या झूठ साबित होता है तो मेरी आवेदन पत्र और मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोलीका फाउंडेशन", से लेता हूँ कि, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी रूप में, इस धन या सेवा के अतिरिक्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/photocopy 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "बोलीका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित करें, जो "बोलीका" द्वारा मांगे गए, दिए, प्रदान किए गए उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। यह प्रपत्र पर मेरे विवरण का प्रयोग मेरे उपचार के पूर्ण निर्वहन के बाद से भी हो सकता है कि "बोलीका फाउंडेशन" से मांगे गए अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के उद्देश्यों के अधीन है। प्रपत्र पर, फाउंडेशन का अधिकार नहीं बदलता। इस मामले में "बोलीका" द्वारा मांगे गए अधिकृत हैं कि निम्न उद्देश्य और उद्देश्य के लिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

- 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 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, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगेंगे, जो कि हमें "बोलीका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। यदि "बोलीका फाउंडेशन" द्वारा मांगी गई सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत यह मान्यता की जाती है कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- 2) "बोलीका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे द्वारा कोई भी सहायता या निम्न गैर-वित्तीय सहायता का प्रदान करने का अधिकार नहीं है और "बोलीका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारा ध्यान है कि हमारे द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और "बोलीका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक संस्था 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक संस्था 2
	