

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/128/1829

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

8/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदन का नाम

AFSARU GAIN

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

68

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

ESMAT.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

PARTNO 49 RAJAGHAT GIAPALPUR NORTH
24 DARGANAH, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत जोड़ें)

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	AFSARU GAIN	68	M	SELF.
2.	KHATOJA RUPA	56	F	WIFE.
3.	AFHAR ALI GAIN	32	M	SON
4.	FIROZA KHATOJA	24	F	DAUGHTER.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (उपभोग्य पत्र की छाया प्रति जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न में किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE.
2.	SURGERY - LE (CICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED हो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि इस प्रार्थना हेतु मैं भविष्य में किसी भी तरह से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की रिफंड नहीं करूँगा और न ही किसी और से लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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.
- 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.
- इस बात पर मैंने इस्तेमाल के अधिकार की पूर्ण समझ, मैं (अर्शक) अपनी साक्षरता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, साप्ताहिक, दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाओं और अन्य माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मेरे नाम का प्रयोग "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से किया जा सकता है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरी प्रार्थना को पूर्ण करने के लिए हैं। मैं पुष्टि करता हूँ कि मेरा प्रार्थना का इच्छा नहीं बदलता। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई मदद को मैंने स्वीकार और स्वीकार कर लिया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक का हस्ताक्षर या बायाँ 엄指 छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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:
- 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.
 - 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्तावित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता की मांग है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- हम यह स्वीकार करते हैं कि हम वर्तमान में भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं चाहते हैं, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए मांग कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हम अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ हम स्वीकार करते हैं कि हमारा चिकित्सा प्रक्रिया केवल हमारे रोगी और "कोशिका" के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद केवल वित्तीय है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल वित्तीय उद्देश्यों के लिए ही किया जायेगा। हमारे रोगी का इलाज हमारे रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद केवल वित्तीय है। हमारे रोगी का इलाज हमारे रोगी और "कोशिका" के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद केवल वित्तीय है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अभियोग की तारीख 08/12/18	Dr. H. Shanker Nag MDS, MS (OPHTH) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पता, पता, पता	Shashib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व पता, पता, पता
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आरोपित 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आरोपित 2