

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1218/1831

APPLICATION DATE: 8/12/18

NAME of APPLICANT: ASURA BIRBI

AGE-YEARS 53

SEX F.

FATHER/SPOUSE'S NAME: LUKMON ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MONDAL BATH DURGADARA BIRMANBACHHI

NORTH 24 PARGANAS 713248, 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. यदि प्राप्त हो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर का दाता हैं (को मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No
हाँ / 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 आपके से क्या संबंध
1.	ASURA BIRBI	53	F	SELF
2.	LUKMON ALI	59	M	SON
3.	RUKSANA KHATOON	25	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए दिये गए आधार

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा कर दिया जाये)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस सी के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा कर दिया जाये)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा कर दिया जाये)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिये गये निम्नलिखित कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जुड़े हुए चिकित्सा प्रमाण पत्र
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.
2.	Surgery. Re (Cataract)

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

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

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.
- 4) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह प्रमाण पत्र को खारिज किया जा सकता है।
- 5) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए प्राप्त की गई सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करने का इरादा है।
- 6) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई राशि, उस राशि का उपयोग या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की गई राशि के साथ नहीं मिलाई है और मैं इस प्रमाण पत्र को खारिज नहीं करूँगा।

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 its 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 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.
- 3) इस प्रमाण पत्र पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (अर्पण करने वाले) यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण पत्र में उल्लेख हैं, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह माध्यमों से मेरी छवि के माध्यम से मेरी उद्देश्य के लिए जानकारी के लिए प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई राशि, उस राशि का उपयोग या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की गई राशि के साथ नहीं मिलाई है और मैं इस प्रमाण पत्र को खारिज नहीं करूँगा।
- 4) मैं (अर्पण करने वाले) इस प्रमाण पत्र में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मैंने उद्देश्य के लिए प्रकाशित करने के लिए प्रमाण पत्र में उल्लेख हैं, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह माध्यमों से मेरी छवि के माध्यम से मेरी उद्देश्य के लिए प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई राशि, उस राशि का उपयोग या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की गई राशि के साथ नहीं मिलाई है और मैं इस प्रमाण पत्र को खारिज नहीं करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या मुद्रा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल करने वाले)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this 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.
- हम यहाँ प्रमाण दे रहे हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई राशि, उस राशि का उपयोग या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की गई राशि के साथ नहीं मिलाई है और मैं इस प्रमाण पत्र को खारिज नहीं करूँगा।
- 3) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई राशि, उस राशि का उपयोग या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की गई राशि के साथ नहीं मिलाई है और मैं इस प्रमाण पत्र को खारिज नहीं करूँगा।
- 4) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई राशि, उस राशि का उपयोग या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की गई राशि के साथ नहीं मिलाई है और मैं इस प्रमाण पत्र को खारिज नहीं करूँगा।
- 5) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई राशि, उस राशि का उपयोग या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की गई राशि के साथ नहीं मिलाई है और मैं इस प्रमाण पत्र को खारिज नहीं करूँगा।
- 6) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई राशि, उस राशि का उपयोग या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की गई राशि के साथ नहीं मिलाई है और मैं इस प्रमाण पत्र को खारिज नहीं करूँगा।
- 7) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई राशि, उस राशि का उपयोग या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की गई राशि के साथ नहीं मिलाई है और मैं इस प्रमाण पत्र को खारिज नहीं करूँगा।
- 8) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई राशि, उस राशि का उपयोग या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की गई राशि के साथ नहीं मिलाई है और मैं इस प्रमाण पत्र को खारिज नहीं करूँगा।
- 9) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई राशि, उस राशि का उपयोग या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की गई राशि के साथ नहीं मिलाई है और मैं इस प्रमाण पत्र को खारिज नहीं करूँगा।
- 10) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई राशि, उस राशि का उपयोग या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की गई राशि के साथ नहीं मिलाई है और मैं इस प्रमाण पत्र को खारिज नहीं करूँगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संयुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/12/18	Dr. Anil Kumar Nag (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)	Shashi Bunker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
--	--	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>