

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K1128/1838		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 21/12/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		IDRIJA ALI GAZI		AGE-YEARS वर्ष-वर्ष	SEX लिंग
		65		M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम : FAKIRAA AHAMMAD GAZI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता : PURBA MUKUNDKATI GHATA AKHAR PUR, BASIRHAT NORTH WY. PARGANNA NADIA 741192, 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 संलग्न)	
PAN No. : आय कर पैन संख्या : ☒ Yes / ☐ No आय कर आय कर पत्र है (हाँ/नहीं) (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 आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	IDRIJA ALI GAZI	65	M	SELF	
2.	PUKSHIA BEGUM	60	F	WIFE	
3.	FAKRUL GAZI	29	M	SON	
4.	SANINA KHATBOO	26	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
☐ SPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	
☐ 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 वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई प्रमाणित प्रतियाँ संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.				
2.	SURGERY - RE (Cataract)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये जा रही है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दूँ तो मेरा आवेदन एवं चल रहे सहायता, यदि कोई हो, अस्वीकार्य/रद्द हो सकती है।
- (2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल इस प्रारूप में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माँगा गया है।
- (3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस प्रारूप में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही लेने का इरादा करता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
- 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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों/उत्पत्तियों के बारे में जानकारी के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग किया जा सकता है। इस उपयोग को मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्णत्व के लिए मेरी सहायता के लिए अनुरोध किया गया है।
- (2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं होगा। सहायता देने का फैसला केवल कोशिका फाउंडेशन के भरोदारों के पास होगा, और उनके इस संबंध में निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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.
- हम यहाँ घोषणा/स्वीकार्यता करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सहमत हैं:
- (1) हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं, और हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए अन्य किसी भी स्रोत/बीमा कंपनी से सहायता नहीं ले रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण नहीं है, तो हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए अन्य किसी भी स्रोत/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
- (2) कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, और इससे कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। अतः, हॉस्पिटल रोगी के उपचार और उसके परिणामों के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी लेगा, और कोशिका फाउंडेशन इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

08/12/18

Dr. H. Sankar Nag
M.D. (OPHTH)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
मुख्य चिकित्सक, कोशिका फाउंडेशन

Dr. Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
अंगूठा इलाका 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
अंगूठा इलाका 2