

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/128/18 30		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 10/12/18			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: AHINUR BIBI		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 59	SEX लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: ABDUL AZIZ KHAN					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: PIYALA GANDHARAPUR BAHAWLIA NORTH 24 PARAGANAS SUBDIVISION, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: व्यवसाय: HOUSE WIFE		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक आय: NIL		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)			
PAN No. यदि प्राप्त हो: 					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / हाँ					
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 सम्बन्ध	
1.	AHINUR BIBI	59	F	SELF	
2.	ABDUL AZIZ KHAN	30	M	HUSBAND	
3.	RAKIA KHAN	25	F	S.W.	
4.	NASHID KHAN	21	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये निम्न का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न					
1. DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.					
2. SURGERY - L.E. (सिरेनगोल)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि		

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्रस्तुत नहीं है तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रमाण हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम मिले और न ही रकम के लिये।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक द्वारा सहमति)

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/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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, समाचार पत्रों, इंटरनेट से मुझे पीसिटीवी और रेडियो से दिये गये प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इस बात का विचार नहीं करता कि मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मिलेगी है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने हेतु प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रकार का प्रसारण मेरी मदद इस प्रकार से "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, पत्र, समाचार पत्रों, इंटरनेट और अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल 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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा नीचे दिये गये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की गई है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ हम यह भी स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हस्पताल) इस बात से सहमत हैं कि हमें अपने रोगी के उपचार के लिए पूर्ण रूप से ज़िम्मेदार होना पड़ेगा और हमें अपने रोगी के उपचार के लिए पूर्ण रूप से ज़िम्मेदार होना पड़ेगा। हमारे द्वारा दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे द्वारा दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FRCS Reg. No. - 5087 N (Name of Dr. K. Ghosh is written on the card) हस्ताक्षर का नाम व इकाई का पता, पं.	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व पद इकाई के अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंदरूनी उपयोग हेतु

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