

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.: 411218/1297

APPLICATION DATE: 11/12/18

NAME of APPLICANT: Md. NASIM.

AGE-YEARS 55 SEX M

FATHER/SPOUSE'S NAME: MD. ALIM.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

GRAMA CIR LAYED, ANULI ROAD, ENTALLY,
KILKATA 700014, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

- AS ABOVE -

OCCUPATION: SECURITY GUARD.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 2000 x 12 = 24000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	MD. NASIM	55	M	SELF.
2.	SUFIA BIAZ	42	F	WIFE.
3.	SANIRA KHATOON	19	F	DAUGHTER
4.	MD. ANIR	16	M	SON
5.	MD. SAMIM	13	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लाने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रमाण संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.
2.	SURGERY - RE (GLES + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा है:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतलाना है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, उस राशि का व्यय या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित कर, जनसमूह द्वारा सहयोग के लिये प्रोत्साहित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों द्वारा प्रसारित करे के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के पत्रों या पत्रों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित है। प्रपत्र का प्रसारण नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी और जानकारी को प्रसारित है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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:
- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्यताओं को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि हमें इस उद्देश्यपूर्ति के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने की आवश्यकता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने की आवश्यकता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने की आवश्यकता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह हस्ताक्षर द्वारा ही प्राप्त किया जा सकता है कि हमें अपने रोगरोगी/रोगी का प्रत्येक मामले में सहायता प्रदान की जाती है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता को हमें प्राप्त नहीं है। इसलिए हमें हमें अपने रोगरोगी/रोगी को सहायता प्रदान की जाती है और "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता प्रदान करने की आवश्यकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संलग्न

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/18	Dr. K. K. Kosh MBBS, DNB, FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ	Dr. Sankar Dasgupta Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदनक द्वारा)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (आवेदनक द्वारा)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (आवेदनक द्वारा)
	