

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1218/2003

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

14/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

TASLIMA KHATUN

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

52

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

ABDUL LATIF MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

KUMARPUR, PUKHAPARA, DEBEMARA
NORTH-24 PARGANAH, JHARKHAND, WEST BANGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

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 तिकी 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	TASLIMA KHATUN	52	F	SELF
2.	ABDUL MONDAL	46	M	SPOUSE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आना या (प्रमाण पर तिकी का चिह्न लगाएं)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आना या (प्रमाण पर तिकी का चिह्न लगाएं)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर तिकी का चिह्न लगाएं)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी 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: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 झूठा विवरण दूना प्रमाण प्रदान करता है तो मेरी 'सहायता' निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता "कॉशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह प्रत्येक की नहीं है, उस धोखा या भ्रष्टाचार या किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो मिले है और न ही भविष्य में मिलेगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक द्वारा पत्र)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कॉशिका" द्वारा यादों, दूर, सार्वजनिक स्थानों पर प्रदर्शन से प्रचारित/प्रचारित और प्रचारित/प्रचारित के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों का उपयोग करके किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रदर्शित कर सकते हैं। सहायता का प्रदान नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा उन्हीं भरोदारों या निदेशकों और सलाहकारों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा पत्र)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मर्यादित/लेडी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने/पाने में लगे हैं जो है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उठा लेने के लिये "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार/प्रकार हेतु प्रदान नहीं किया जा रहा है तो हमारे पास किसी अन्य या सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि सहायता सिर्फ वित्त उठा लेने/पाने हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/पाने।

2. "कॉशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। कोई भी हस्ताक्षर/प्रदान की गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को कोशिका का निशान है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। हालांकि हस्ताक्षर में कोई भी प्रमाण प्रदान और उसे जाने की सही सिफारिश लेने एवं हस्ताक्षर को कोशिका और "कॉशिका" को कोई प्रमाण या सिफारिश प्रदान करने में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए योग्यता

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/12/18	DR. KISHOR MOH. DING FRCR R. No. - 50971 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व नाम हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION: आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2