

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

K/1218/2039

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

17/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SK ALI MAHAMMAD

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

SK ABDUR RAHAMAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

MAHER PARA, SAKTIGARH, BARDAHAN,
713149, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. प्राप्त या नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर 'X' 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 से क्या संबंध
1.	SK ALI MAHAMMAD	70	M	SELF
2.	KALIYA BIBI	63	F	WIFE
3.	SK RAHMUL ISLAM	40	M	SON
4.	SALFUL ISLAM	37	M	SON
5.	SURAYA KHATUN	34	F	DAUGHTER
6.	CHALEYA KHATUN	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये कौन सा आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर के कार्ड की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIC 87101)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED से ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा नीचे का 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में मिले जाने वाली किसी भी वित्तीय सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ, से कोई भी भुगतान नहीं किया है और नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 प्रकरण में मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग करने के लिए अधिकार है, जिसके लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ। यह उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ, जो मेरी सहायता के लिए है। मैं सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ, जो मेरी सहायता के लिए है। मैं सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ, जो मेरी सहायता के लिए है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ 엄지 انگुठा का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा पत्र)

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 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 पर, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा, इस मामले/रोगी को कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सहमत हो रहे हैं।

- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ, से कोई भी भुगतान नहीं किया है और नहीं करूँगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उपचार प्रक्रिया का चुनाव रोगी, रोगी के परिवार और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मिलने वाली सहायता के आधार पर किया जाएगा। कोशिका फाउंडेशन का कोई भी भुगतान रोगी के उपचार और उपचार प्रक्रिया के लिए नहीं किया जाएगा।

हम यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ, से कोई भी भुगतान नहीं किया है और नहीं करूँगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	Dr. Ansh Agrawal (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का नाम व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा पत्र)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक द्वारा पत्र 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक द्वारा पत्र 2 [Signature]
--	--