

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : <u>K/1218/2165</u>		APPLICATION DATE : <u>22/12/18</u>		 Koshika Foundation Building Block of Life	
NAME of APPLICANT : <u>SIRAJUDDIN</u>		AGE-YEARS <u>53</u> SEX <u>M</u>			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>NIZAMUDDIN</u>					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>44/12 B.R.H. ISMAIL STREET ENTALLY, KOLKATA</u> <u>800014, WEST BENGAL</u>				 	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u>					
OCCUPATION : <u>LABOURER</u>					
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>B. 2000 x 12 = 24000/-</u>		MAHUED (मिचुन) / UNMARRIED (अविवाहित)		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हम आप आय कर दाता हैं (को चिह्नित करें जो लागू है) (हाँ / 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 संबंध	
1.	SIRAJUDDIN	53	M	SELF	
2.	NIZAMUDDIN	20	M	SON	
3.	AMRUDDIN	19	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपायोजक कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुरू संलग्न				
1.	Diagnosis - <u>Cholesterol - Hc.</u>				
2.	Surgery - <u>Re (Gastric)</u>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में मन्द किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं अपने उपचार हेतु या उपचार को नहीं है, उस राशि का भुगतान या प्रत्युत्पादन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-out/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूर, सम्बन्धित दूर प्रदर्शन से मुझे धार्मिक/वैदेशिक और उपलब्धियों के लिये किसी भी उद्देश्य के लिये प्रयोग में ला सकते हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे उपचार के पत्रों का रूप में मेरे लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रयोग में लाया जायेगा।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउन्डेशन के भरोदारों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: फाउन्डेशन का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" समूह उपलब्धियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

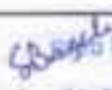
आवेदनक को हस्ताक्षर या बायाँ की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से परामर्शदाता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उद्देश्य के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/अवकाश हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त उद्देश्य प्राप्त हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता भौतिक वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का बिना किसी उपचार/प्रक्रिया का प्रयोग करने एवं हस्पताल को सेवा का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उद्देश्य का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमारे उद्देश्य सुरक्षा और गति जाने की सारी जिम्मेदारी हमारे एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या प्रत्युत्पादन इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02/10/18	 K. Ghosh MBBS, D.O., DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पंजीकृत नं. के साथ	 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
