

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

K/0119/2296

APPLICATION DATE: 05-01-2019
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

MOKTAR KHAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

BARSK KHAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DUSTALI BEGUM PARK BARWAN TAWADA-
ASWAD 805124.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
व्यवसाय

RICKSHAW FULLER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

RS. 1600 x 12 = 19200/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MOKTAR KHAN	68	M	SELF
2.	BARSKA KHANUM	68	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये 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 साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निपटों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/प्राधिकृत से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DEAGNOSIS-CATARACT-RE
2.	SURGERY-RE (GLCS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को अवगत दूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो भुगतान लेगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/put-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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, सार्वजनिक स्थानों पर प्रदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। कोशिका फाउन्डेशन मेरे उपचार के पहले या बाद में मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टीयों से अधिकृत है प्रसारित करने के लिए। इस प्रपत्र पर "कोशिका" द्वारा प्रसारित गतिविधियों का प्रसारण और प्रदर्शन होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती-पाने में लगे हैं या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के तहत से सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार/प्रक्रिया हेतु प्रदान की जायेगी तो कोशिका फाउन्डेशन केवल वित्तीय सहायता ही प्रदान करेगा और कोशिका फाउन्डेशन को कोशिका फाउन्डेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि कोशिका फाउन्डेशन को कोशिका फाउन्डेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे कोशिका फाउन्डेशन द्वारा ही प्राप्त किया जायेगा और कोशिका फाउन्डेशन को कोशिका फाउन्डेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। कोशिका फाउन्डेशन को कोशिका फाउन्डेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05-01-2019	Dr. Hari Shanker NAG MBBS, MS, FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) आपका नि.सं. नं. और छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) आम व प्र. हस्ताक्षर 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