

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K10610/0646 APPLICATION DATE: 28/06/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: HARICHAN BIBI AGE-YEARS आयु-वर्ष 57 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: WAHAB GAZI
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

CHAND NAGAR GAZI PORA, BASANTAPUR,
DIAMOND HARBOUR, SOUTH 24 PARGANAS
743308, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 X 12 = 24000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	HARICHAN BIBI	57	F	SELF
2.	WAHAB GAZI	62	M	HUSBAND
3.	FAIZULAH GAZI	33	M	SON
4.	RUKSANA BIBI	31	F	DAUGHTER
5.	SELEMA BIBI	28	F	DAUGHTER

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किए गये विनंती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: अवैदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 कतार दूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारूप को नहीं है, उस एवम् का अधिकतम या सम्पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (අදහස් දැක්වීම)

- 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/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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, बाबा/माया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण यदि इतना है पहले से बार से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन को इस्तफा या अंगुटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमत)

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से ममाने/लेने की "कोशिका काल्डेशन" से विलियम साहबवा हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही पश्चिम में स्थित सहायता किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्तरों से उठा टोपी/मण्डले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका काउन्टेरा" से विपरीत/विनिर्दिष्ट उठा के सम्बंध में "कोशिका काउन्टेरा" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टेरा" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य सम्पत्ति से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति स्थिति पदर उठा टोपी/मण्डले हेतु किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्तरों से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका काउन्टेरा" से लेती गई सहायता संभव स्थिति प्रकृति की है। टोपी पर सम्पत्ति द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनर्पट्टी एवं सम्पत्ति के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेरा" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायव नहीं है। इसलिये सम्पत्ति में टोपी के इलाज मुक्त और आने जाने की सभी जिम्मेदारी टोपी एवं सम्पत्ति की होती और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Archya Dey

ABSTRACT

Reg. No. - 69372

Susrut Eye Foundation & Research Centre

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

आपका नाम है _____

Salt Creek Ranch

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम य पद स्वास्थ्याल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्ताक्रे उपन्यास बंद

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इमरान

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तक्षर २

Rich