




APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य हेतु सहायता)																															
<b>APPLICATION No.:</b> K/0710/0928 <b>APPLICATION DATE:</b> 15/07/19				 Building block of life.																															
<b>NAME of APPLICANT:</b> RAFTYA BIBI		<b>AGE-YEARS</b> 72 <b>SEX</b> F																																	
<b>FATHER'S/SPOUSE'S NAME:</b> MOHAR ALI MONDAL																																			
<b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS:</b> KRIPALPUR MAJHER PARA, CHAITA, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL																																			
<b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:</b> AS ABOVE				 																															
<b>OCCUPATION:</b> HOME MAKER																																			
<b>TOTAL ANNUAL INCOME:</b> Rs. 17000 x 12 = 20,400/-																																			
<b>PAN No.:</b> RAFTYA BIBI																																			
<b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):</b> Yes / No				<b>MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)</b>																															
<b>FAMILY DETAILS:</b>				<b>ATTACH PROOF OF INCOME:</b>																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>Age (Years)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>RAFTYA BIBI</td> <td>72</td> <td>F</td> <td>SELF</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>ASIF MONDAL</td> <td>48</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>ROKIA PARVIN</td> <td>45</td> <td>F</td> <td>DAUGHTER</td> </tr> </tbody> </table>				Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	1.	RAFTYA BIBI	72	F	SELF	2.	ASIF MONDAL	48	M	SON	3.	ROKIA PARVIN	45	F	DAUGHTER	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Basis</th> <th>Amount</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BPL Card</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EWS Certificate</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ration Card</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Any Other Basis/Proof</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Basis	Amount	BPL Card		EWS Certificate		Ration Card		Any Other Basis/Proof	
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant																															
1.	RAFTYA BIBI	72	F	SELF																															
2.	ASIF MONDAL	48	M	SON																															
3.	ROKIA PARVIN	45	F	DAUGHTER																															
Basis	Amount																																		
BPL Card																																			
EWS Certificate																																			
Ration Card																																			
Any Other Basis/Proof																																			
<b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b>																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>SURGERY - LE (STC 5 + 10)</td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached	1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE	2.	SURGERY - LE (STC 5 + 10)																								
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached																																		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE																																		
2.	SURGERY - LE (STC 5 + 10)																																		
<b>ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:</b>																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>NAME of OTHER SOURCE</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE	1.			2.																							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE																																	
1.																																			
2.																																			



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिये हूँ और न ही लिये हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, सचकात्त दान उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निरस्त करने के लिये या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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 घोषणा, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/माले में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अनिच्छित/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसभ किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसभ द्वारा मदद उक्त रोगी/माले हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हमसभ के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हमसभ की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Sub Director Hospital

Susrut Eye Foundation &amp; Research Centre

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

18/02/19

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2