

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of Life.

APPLICATION No.: K11119/2007
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 7/11/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: HABIBAR RAHAMAN
आवेदक का नाम: HANBAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 59
SEX लिंग: M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्तव्य आवास पता

HAHINPUR, BASIRHAT, NORTH 24 PARAGANA
S 743241, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION: CONTRACT LABOURER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2300 X 12 = 27600/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. क्या है? खाली छोड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो खाने को दाता पर चिह्न का निशान 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 सम्बन्ध
1.	HABIBAR RAHAMAN MANDAL	59	M	SELF
2.	KARIMA ISK	55	F	WIFE
3.	SABAH MANDAL	28	M	SON
4.	YUSUF MANDAL	25	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनियम आधार

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे आय पत्र (आय पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पत्र (आय पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया 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: अवेकल हल अवेकल 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 बताना हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से ही यह पैसे हूँ, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता से पहले या इस प्रमाण की पूर्ति के बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सिलब में और न ही धन्य में पूँजा।

AGREEMENT by APPLICANT (DATE TO WHOM)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रश्न पर अपने उत्तरदाता या अपने की जानकारी, मैं (अर्पणकर्ता) अपने प्रत्यक्ष को सुचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एल्यू न्यासी, राज, साधकता एल्यू उद्देश्य से जुड़ी विधिविधियों और उपस्थितियों के तहत किसी भी प्रकार प्रकाशित से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में उत्तर के पक्षों पर करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साहाय्य के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः साहाय्य का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यू उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अन्येषां के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (बिनाम प्रु करत)

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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तिथि 7/11/2019	Dr. Nalinaksh Karan MBBS, MD, DNB Reg. No. 53729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व राजस्वारी नं. के साथ मुद्रा	Shri. Sankar Begchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसपताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्रथमी हस्ताक्षर :		SIGNATURE of TRUSTEE 2 द्वितीय हस्ताक्षर :
		