

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2009 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 7/11/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : NOORJAHAN BIBI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 59	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ASANAD पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS घर/पता GOBINDAPUR, KHOLAPOTA, BASTIHEAT, NORTH 24 PARGANAS, WESTBENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी AS ABOVE				
OCCUPATION : DOMESTIC HELP उद्योग		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2200 X 12 = 26400/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. स्वास्थ्य आय संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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.	NOORJAHAN BIBI	59	F	SELF
2.	AMJAD HUSSAIN	32	M	SON
3.	ANWAR HUSSAIN	35	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधिगत आधार				
EPL Card (Attach Card Copy) गणिते रोज़ा के नीचे उद्योग पर (उद्योग पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उद्योग पर (उद्योग पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उद्योग पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विधिगत उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LF			
2.	SURGERY - LECTICSTIC + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		



DECLARATION by APPLICANT: (अभ्यर्थक द्वारा भरण करना)

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य वचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से लेने जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अब तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही यह लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिये प्रेरित करें, या वे मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित कर सकें, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये दानों को प्रोत्साहित करने के लिये अधिकृत है।
 2) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने से मेरी सहायता का अधिकार नहीं बनता। इस मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उनके भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अभ्यर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

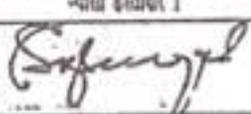
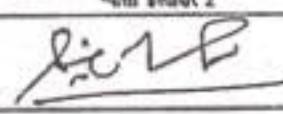
हम यहाँ घोषणा करते हैं, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा यहाँ "कोशिका फाउंडेशन" को सिफारिश करने के लिये इस मामले/रोगी के लिये वित्तीय सहायता के लिये, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाण से सहमत व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/निधीयता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पर इस मामले/रोगी के लिये पूर्ण और अंतिम जिम्मेदारता को धारण करेगा और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी वित्तीय या वित्तीय सहायता प्राप्त करने में नहीं होगा।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी को उपचार देना और उसे लेने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं अस्पताल की होंगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी वित्तीय या वित्तीय सहायता प्राप्त करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये सिफारिश

Date of Surgery सर्जरी की तारीख 7/11/2019	Dr. Nalina K. Khatun MBBS, D.O. Ophthalmology Reg. No. 83729 S (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) Centre डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shikhar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हमारे हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसे का हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसे का हस्ताक्षर 2 
---	--