

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1219/22SL
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 2/12/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MD AMIR ALI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 60-वर्ष
SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AJEAT ALI
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BERHATA, SARADIGHI, NORTH 24 PARGANAS.
700121, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1000 X 12 = 12000
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 दाखल हैं (जो मान्य हो उस 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 सम्बंध
1.	MD AMIR ALI	60	M	SELF
2.	IREAN ALI	22	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए 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) 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 सबूत
---	---	--	---

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

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

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

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

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा सहायता माया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं यह सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त कर रहा हूँ और न ही अधिकार प्राप्त कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी, नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो प्रयास करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी हस्ताक्षर के माध्यम से या मेरे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में माया अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे सहायता के दस्तावेजों में शामिल हैं जहाँ सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उसके ट्रस्टियों 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 करार)

- 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 मनादेश/पेश की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत/रोजगार या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोग के लिये माया कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/पेश की इस बात के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माया हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी स्तर पर न मिलती है, तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तीय मदद तथा रोगी/रोग के हेतु किसी भी स्रोत/रोजगार या किसी अन्य स्रोत से नहीं माया/लेयी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता के लिये सिफारिश करता हूँ। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मैं माया करता हूँ कि मेरे रोगी/रोग के लिये सहायता का प्रदान करने का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर करने और अपने नाम की सही विवरणों को रोगी और "कोशिका" की ओर से घोषणा या विवरणों को सहायता में नहीं माया।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/12/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Centre डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भागी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भागी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--