

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/12/19/2715 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 24/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: ISMAIL SK आवेदक का नाम		AGE-YEARS उम्र-वर्ष 59	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: IBRAHIM SK पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता SANKHAIL, HADRA TALUKA, WEST BANGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 20000 X 12 = 240000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / 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	ISMAIL SK	59	M	SELF
2	IBRAHIM SK	52	M	SON
3	WILABUDDIN SK	28	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 किसे नये विनियम का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/नसूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (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 एवं गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाच्य सत्य प्रमाण है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछित है, उसका उपयोग उही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, उस प्रति का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोडिक्टिव/बीमा कम्पनी से व उसे लिया है और व ही अधिक मैं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हदक 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/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान करके, मैं (अर्हदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा स्वामी, घर, व्यवसाय आदि उद्देश्य से मुझे प्रोडिक्टिव और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निशान मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे बिना "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनम्रता से कहते हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि व तो वर्तमान और व ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांग रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विनम्रता/विनम्रता उक्त के प्रारूप में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनम्रता अस्वीकार/सकारात्मक हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हमारा विचार अन्य किसी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता लेगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मांग सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रारूप में मांग प्रारूप का निर्णय सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हॉस्पिटल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/12/2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FICS Reg. No.-680 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व टिप्पणी	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल का नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

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