

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)				 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : K/1217/2826 आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE : 28/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : BULBUL JALIL आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष 52	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ABDUL JALIL पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता RAJA RAM MOHAN SARKAR, KOLKATA 700009, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता AS ABOVE					
OCCUPATION : HOMEMAKER व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 16000 X 12 = 192000/- कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. स्वयं छात्र संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर गहरी का निशान 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	BULBUL JALIL	52	F	SELF	
2	ABRAHIM JALIL	26	M	SON	
3	KARIM JALIL	17	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निर्धारित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विन्यास का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LF				
2.	SURGERY — LF (SICS + TOR)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोतों से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं वाचन गलत या झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जानता हूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पता चला है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रयोजन नहीं करूँगा, इस दान का अधिक या कमला हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 (आवेदक) अपने छाया की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टीज को "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंच, पत्र, साप्ताहिक पत्रिका, इत्यादि के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं इस बात का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, मुझे सहायता का हक्कदार नहीं बनाएंगे। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उक्त निर्णयों 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 हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से वाचन या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे/हमारे को न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अंतर्गत/सहायता हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हमारे/हमारे को किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे/हमारे को वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है कि हमारे/हमारे को किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेना।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही मैं सहायता का बिना किसी प्रकार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमारे/हमारे को रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षर की होती हैं और "कोशिका फाउन्डेशन" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/12/2019	Dr. Priyanka Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. - 70555 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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