

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)																					
APPLICATION No.: K/1210/2866		APPLICATION DATE: 30/12/2019																							
NAME of APPLICANT: SAKINA BEGAM		AGE-YEARS: 56		SEX: F																					
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOLAM MUSTAFA		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: GALUNDI, HOOGHLY T12913, WEST BENGAL																							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE																									
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																							
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000		(Attach Proof of Income)																							
PAN No. [Blank]		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No																					
FAMILY DETAILS		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>Age (Years)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>SAKINA BEGAM</td> <td>56</td> <td>F</td> <td>SELF</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>GOLAM MUSTAFA</td> <td>55</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>GULAB MUSTAFA</td> <td>26</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> </tbody> </table>				Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	1.	SAKINA BEGAM	56	F	SELF	2.	GOLAM MUSTAFA	55	M	SON	3.	GULAB MUSTAFA	26	M	SON
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant																					
1.	SAKINA BEGAM	56	F	SELF																					
2.	GOLAM MUSTAFA	55	M	SON																					
3.	GULAB MUSTAFA	26	M	SON																					
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)																									
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)																					
Any Other Basis/Proof																									
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:																									
Medical Reports/Prescriptions Attached																									
1. DIAGNOSIS — CATARACT — LE																									
2. SURGERY — LE (STEC + IOL)																									
ASSISTANCE BEING AVAILABLE FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES																									
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE																					

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अधिक या प्रकृत दिनांक किसी अन्य सोर्सिस्/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ली सहायता 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) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाश दें, उन्हें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित, दूर, वाचनादि द्वारा उद्देश्य के लिये प्रचारित/विपणित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सामान्य प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पक्ष में या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से अनिवार्य अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित की जा सकती है। सहायता का इस्तेमाल नहीं बदलता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उद्देश्य के लिये अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Handwritten Signature]

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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से वसूली/प्राप्ति से होने पर ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विपणित वसूली के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अंतिम/प्रकृत हेतु मांगू या कि यह बात है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद वसूली/प्राप्ति हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना हमने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/12/2017	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 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 आंतरिक उपयोग हेतु

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