

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No.: 4/0120/2939 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 11/1/2020 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: BADRE ALAM आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 64	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD SAFI पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्मस्थान/आवासीय पता 51, NRI KARTAN ADHAKAR ROAD, SAMARHATY, NORTH 24 PARGANAS 700058, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE			
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. क्या है? (आय कर के लिए)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर का दावेता हैं? (जो लागू हो उस पर 'X' चिह्नित करें)			
Yes / NO हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
1.	SHARMA ALAM	64	M
2.	SEEMA ALAM	35	M
3.	MANSUR ALAM	37	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF			
SON			
SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
BPL Card (Attach Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदोस्ती कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मैंने विधि का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — IE		
2.	SURGERY — IE (SECS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: (अर्हताकर्ता 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य प्रमाण है तो मेरी सहायता मिलने की संभावना है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण में मिले बिना नहीं करूँगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, इस उद्देश्य का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हताकर्ता 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा सार्वजनिक रूप से प्रदर्शित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रारूप पर हस्ताक्षर करने से मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के किसी भी प्रकार का उपयोग करने से मेरी सहमति है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के किसी भी प्रकार का उपयोग करने से मेरी सहमति है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हताकर्ता 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारा/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उभार लेनी चाहिए, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती है तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप पर हस्ताक्षर करने से हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें यह स्पष्ट करना होगा कि हमें सहायता/प्रक्रिया का चुनाव हमारे ही हस्ताक्षर के बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता लेने के बिना सहायता लेने की ओर "कोशिका फाउंडेशन" की ओर से सहायता या वित्तीय सहायता के बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" की ओर से सहायता लेने की ओर।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संभव

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/1/2020	Dr. Pankaj Chatterjee M.D. (Gen) Reg. No. 70555 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप	S. K. Singh Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम या पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 Safar	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 S. K. Singh
---	---