

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K/0120/3074 APPLICATION DATE : 6/1/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : KHATUN JOHARA BIBI AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 56 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KHAN AAHUB
पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
17 SUNDAR SHAH PATH, TITAGARH NORTH 24 PARANAS
740019 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600 X 12 = 19200/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सॉफ्ट स्कान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 सम्बन्ध
1.	KHATUN JOHARA BIBI	56	F	SELF
2.	HAIDER ALI	31	M	SON
3.	NAQUE ALI	26	M	SON
4.	ANWAR ALI	65	M	HUSBAND

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्न 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 (SISS+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 लगे गई सहायता राशि



DECLARATION by APPLICANT: जलसेक टुट पोषणा पत्र:

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) जो इस को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये बिना वापस, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न की गई है, उस राशि का अधिक या समान विस्तार किसी अन्य कोरपोरेट/व्यक्ति/कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जित करने वाला का सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसी "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पाषाण/या दूसरे उद्देश्य से दूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार साधन से प्रसन्नित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता प्रदान करने का अधिकार नहीं देता। सहायता का प्रदान करने का निर्णय केवल कोशिका फाउंडेशन के न्याताओं के द्वारा ही किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवैधक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

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 neither we nor 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकतर, हमारे देश की जो से सम्बन्धित है वो "बैंगनी का फायरिंग" से विभिन्न प्रकारों में विभाजित की जाती है, जिसे हम (हमसे) विभिन्न प्रकार में मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ही संविधान और न ही कानून में विविध सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य एजेंसी से उक्त ऐसी/यासी में होने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकरिफर/विपरीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विपरीत अतिरिक्त/सकल हेतु मन्थन नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय चरण उक्त ऐसी/यासी हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक कंपल विविध प्रकृति की है। रोपी पर हस्तगत द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोपी के इत्यत्र सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्तगत की होती है और "कोशिका" को कोई प्रक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 6/1/2020	Dr. Hari Shanker Nag MBBS, MCh (OPHTH) Reg. No. 65670 S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद सम्पन्न अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	