

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/3846		APPLICATION DATE: 09/01/2020			
NAME of APPLICANT: AJUFA BEBE		AGE-YEARS मासु-वर्ष	SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ABDUL AJIT		65	F		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PURBA DUGHNER PAMAR, ISLAMPU, BANIMAGAR, MURSHIDABAD 742304, WEST BANGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 19000 x 12 = 228000/-		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत प्रस्तुत करें)			
PAN No. सॉफ्ट कॉपी					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		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 संबंध	
1.	AJUFA BEBE	65	F	SELF	
2.	SATEEL ALI	38	M	SON	
3.	AZAD ALI	35	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने विनियम का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (STOR + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इत घेनक कर)

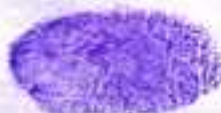
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 नमान सफल प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परत प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, इस उद्देश्य का अधिकतम प्रयत्न किया गया और अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से व से शिवाय है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इत कर)

- 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने घोषित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वेग कर, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, वाक्यपत्र द्वारा अर्शेक से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सफल से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण में इसका उपयोग करने का मत है करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व यादों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग कर, पत्र, फोटो और विवरण जो कि सहायता को अर्शेक से प्रेषित है पूर्ण ज्ञात: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इत कर)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को अंत में सम्मिलित करने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विवरण को प्रस्तुत है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि व से वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोतों से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से बना पूरक/अनुपूरक से होने का संभव है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विवरण/निर्णय ठहर के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परत हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अतिरिक्त/अवशेष हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्वीकार्यता प्राप्त है कि हस्पताल वित्तीय परत तथा पूरक/अनुपूरक हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही नहीं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर हस्ताक्षर/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई पूर्णिक या जिम्मेदारिता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Shib Senker Bagchi
Director

Shree Eye Foundation & Research Centre

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Diptesh Das Reg. No. - 64688 (WBMC) M.B.B.S. D.O. (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप
------------------------------------	--

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्पताल 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