

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0424/0117
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 28.04.24
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: NOOR ALAM
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 72
SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GHULAM HUSSAIN
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: काँस्टन्त जावासीय फा

10/11/3 CANAL WEST ROADS
RASA RAM MOHAN SARANI KOLKATA
700009 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवासीय फा

AS ABOVE



OCCUPATION: FARMER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 700012 = 840000
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of income)
(आय का साक्ष्य प्रदान)

PAN No. स्वयं का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए):
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.	NOOR ALAM	72	M	SELF
2.	NARGIS BEGUM	68	F	WIFE
3.	GHULAM MEHEDI	40	M	SON
4.	SAHAR BANU	43	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS = CATARACT - RE
	SPERGLERY - RE = (रिपोर्ट फॉल)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह;

- 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.
- 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.
- 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.

- मैं यथासंभव सत्य हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई झूठा बयान एवं कथन उपरोक्त प्रपत्र में दिये गये हैं तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं गंभीरतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता प्राप्त होगी, केवल उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण रूप से उपयोग के लिए ही प्राप्त की जायेगी, जो इस प्रपत्र में बतलाया गया है।
- मैं गंभीरतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) (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 enable 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.

- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में शामिल करें, उक्त "कोशिका" एवम् "उद्देश्य", नाम, सम्बन्ध आदि उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी इस या विवरण की प्रकाशना के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वीकृति प्राप्त होगी।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल सहायता के उद्देश्य से ही प्रसारित किया जायेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भरोसे का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

No. R. ALAM

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:


- 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 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.
- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से उपरोक्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से धारण व स्वीकार करते हैं।

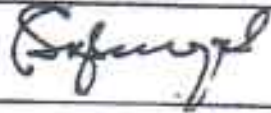
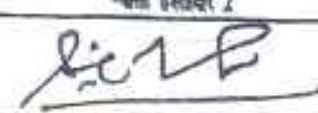
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कराने में होगी या तो नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/कमतर हेतु मन्सूर नहीं किया जाय है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

- "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस रोगी के हस्ताक्षर या चिन्हों के अंतर्गत/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ व जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>23/1/2022</i>	 M.B.B.S. 5 Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर सह छाप	 OPTOM ANURAG DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR EYE HOSPITAL
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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