

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

U/0425/0170

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि 23/04/2015

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ALAUDDIN SEKH

AGE-YEARS

आयु/वर्ष

71

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/ज़मीन का नाम

MOSELM SEKH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासमान आवासीय प्ला

KUCHGIRI, BHAGWANGOLA, RADHAKANTAPUR

MURSHIDABAD 742123, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय प्ला

—AS ABOVE—

OCCUPATION:

SMALL SHOP

MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (अविहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

4000×12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष चलान)

PAN No. स्पष्ट आज्ञा चलान

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

ममा आप जाय कर रहे हैं (जो मान्य हो उस पर सही का नियाम समावेश)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	ALAUDDIN SEKH	71	M	SELF
2.	MARUF	61	F	WIFE
3.	HABIBUL	35	M	SON
4.	SACRUL	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियोग आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गोदावरी राजा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	अल्प अद्य वर्ती प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रातिवेदन सूची संलग्न
①	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
②	SURGERY — RE (ICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के संतु कार्ड अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लोगों नाम सहायता रकम

Koshika
foundation
Building block of life.



DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा संकेत 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.
- 4) मैं प्राप्ति करता हूं कि इस प्राप्ति में दिए गए सभी विवरण सभी जानकारी के अनुसार यथा एवं चलते हैं। यदि कोई विवाह एवं क्रयन असत् यथा जाता है तो मैं उसका विवरण की जा सकती है।
- 5) मैं द्वारा जो महापत्र यह "कोशिका फाउंडेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को गुण के लिये बदला जाएगा, जो इस प्राप्ति में यथा एवं चलता है।
- 6) मैं पूर्ण करता हूं कि विवर सहायता हेतु यह जारीना को चाहता हूं, उम द्वारा का विवरण यह महापत्र विवरण की अन्य ओर नियोजित-बीमा कार्यों से न ले लिया है और वही विवरण ने लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT: अवेदक द्वारा करना:

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-up/reprint 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 fulfilment 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.
- 3) इस प्राप्ति पर लगाए हुए वापर लगाकर, मैं (अवेदक) अपने महापत्र को पूर्ण करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामांकन" का अधिकृत करता हूं कि मैं नाम, पता, जारी जैसे विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उसे "कोशिका" द्वारा, जारी, रद्द, वापर/वा इसे उद्देश्य से नुकी नीतिविधि द्वारा उल्लिखित के लिये बदली जो प्रत्यक्ष वापरण में प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। ये प्रत्यक्ष का विवरण ये इनके बाहर आये या बाहर से लिये "कोशिका फाउंडेशन" व नामी अधिकृत है।
- 4) मैं (अवेदक) इस काल में सहायता है कि मैंने नाम, पता, जारी और विवरण जो कि महापत्र के उद्देश्य से प्राप्ति है उक्त सहायता या उद्देश्य को बदला नहीं बदलता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उपर्युक्त नामांकन का विवरण अविवादी और अव्यवहारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक की हस्ताक्षर पर आगे का लिखान

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा करना)

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.

इन्हें अधिकृत, इन्हाँको जो भी सहायतादाती को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु विवरित की जाती है, जिस हाथ (हस्ताक्षर) जिस प्रकार में जान व जीवित करते हैं।
1) यह कि न तो अस्पताल और न ही विवरण में विवरण सहायता विवरण या सरकारी सम्बन्ध में जानी जा सकती है तो सहायता में लेने वा देने का से रह है, और कि हाथने "कोशिका फाउंडेशन"

2) यह कि न तो अस्पताल और न ही विवरण में "कोशिका फाउंडेशन" हाथ सहायता विवरण अधिकृत सहायता हेतु महसूस नहीं किया जाता है तो अस्पताल में विवरण सहायता संस्था या विवरण अन्य सहायता संस्था का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल हिंदूपुर मराठ उक्त एवं/या पास हेतु विवरण या सरकारी संस्था या विवरण अन्य सहायता से नहीं लेता/देता।

3) "कोशिका फाउंडेशन" में से नहीं सहायता के बाबत विवरण प्रकृति होती है। यहाँ पर हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं सहायता या विवरण अन्य उद्देश्य/विषय का चुकाव याही एवं हस्ताक्षर

के बीच जा रखा है और "कोशिका फाउंडेशन" हाथ विवरण प्रकार का कोई रखता नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में एवं के इनके युक्त और जाने जाने की मार्गे विवरण दोनों जांच हस्ताक्षर को हाती और "कोशिका" को कोई धूपिका या विवरण इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संकेतकों के लिये संस्कृति

Optom Avhijit Das

**Senior Program Officer
Sankara Jyoti Eye Institute**
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व एवं हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंतिम डी-टी-डी	Dr. Shubhashis Das Director M.B.B.S, M.S, Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) अस्पताल का नाम व हस्ताक्षर का देखा जाएगा
-----------------------------------	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदीक उपर्योग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2