

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. आवेदन संख्या: **K/0523/0140** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **07/05/2023**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **MUNNI BEGAM** AGE-YEARS: आयु-वर्ष: **63** SEX: लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम: **MD ISMAIL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

**33, NARDEL DANGA NORTH ROAD, KOLKATA, 700011,
WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: व्यवसाय: **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **NIL**(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें):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 से संबंध
1.	MUNNI BEGAM	63	F	SELF
2.	MD SHIDDIK	20	M	HUSBAND
3.	JEENATH PARVEEN	30	F	DAUGHTER
4.	MD IMTEAZ ALI	85	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिये विधि अथवा

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

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किससे 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 (SIES + IOL)

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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: सर्वप्रथम 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त नहीं है तो सही महापण विवरण को प्रस्तुत करें।

2.) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई मदद, केवल उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयुक्त होगी, जो इस प्रकरण में बताया गया है।

3.) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार के प्रतिफल, पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से प्राप्त करने के लिए नहीं चाहता हूँ जो कि इस मदद के लिए प्रयुक्त है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करता)

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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पाठ्यक्रम द्वारा इत्यादि में सभी मासिकीयों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे इलाज के खर्च को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2.) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि महापण के पूर्णतः पूर्ण होने के बाद भी प्रयोग में लाया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यासी के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
 अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

1.) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने के लिए या तो रहेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी अन्य स्रोत से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अर्थिक/सहायता हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि महापण विवरण प्रदान करने वाले/प्राप्त करने वाले किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी वित्तीय सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार ही ही सहायता के बिना ही उपलब्ध/उपलब्ध का प्रयोजन नहीं है। कोशिका फाउंडेशन का योगदान के बिना ही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई इलाज नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियां इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि 09/05/2023	 Dr. Shikashis Das M.B.B.S M.S Gold Medalist (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नं. के साथ	 OPTOM ANURAGTI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR ANJALI EYE INSTITUTE डॉ. अंजलि अशोक शंकर
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों हस्ताक्षर)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों हस्ताक्षर)
	