

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0524/0214** APPLICATION DATE: **19/05/24**
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **SEKH ANAWAR ALI** AGE-YEARS: **57** SEX: **M**
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **SEKH HAKIR AHAMMED**
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **PANCHLA, HAORA 711322, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**



OCCUPATION: **SMALL SHOP** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **6500 X 12 = 78,000** (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **स्वयं सात संलग्न**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
 क्या आप आय कर देता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाये)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	SEKH ANAWAR ALI	57	M	SELF
2.	SEKH FIRDOUSI	49	F	WIFE
3.	SEKH JAHIR ABBAS	20	M	SON
4.	SEKH HALIM MOHAMMED	18	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के लिये प्रमाण पत्र (उपरोक्त पर चिह्न का निशान लगाये)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (इसका पत्र चिह्न का निशान लगाये)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (इसका पत्र चिह्न का निशान लगाये)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवा/निर्देश सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई पैसे सहायता नहीं

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा कथना)।

- 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 यहाँ कथना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथना गलत साबित होता है तो मेरी आवेदन पत्र तथा जारी की गई सहायता रद्द होगी।
- मैं यहाँ कथना करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्णतः पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं यहाँ कथना करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या इसके अंतर्गत से, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा कथना)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ कथना करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य में प्रयोग करें, जो "कोशिका" फाउन्डेशन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक/या किसी भी माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी कथना के अंतर्गत मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग केवल मेरे उद्देश्य के अंतर्गत से नहीं किया जा सकता है। कोशिका फाउन्डेशन का इसका कोई हक नहीं है। मैं "कोशिका" फाउन्डेशन के गतिविधियों का प्रसारण और जानकारी प्रदान करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

(अर्शिका का हस्ताक्षर या अंगुली का छाप)

S. K. Anand Das

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथना)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.
- 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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ कथना करने वाले हस्ताक्षर/अंगुली के छाप को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से अपने स्वयंसेवा करते हैं:

1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अनुरोध करेंगे, जो हमें प्राप्त है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधिति उद्देश्य के अंतर्गत से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती नहीं है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुविधा में हमें पता चला कि कि सहायता द्विगुण प्राप्त करने के लिए अनुरोध हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेंगे।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता प्राप्त मिली है प्रकृत की है। हमें या हमारे द्वारा की गई सहायता का निर्णय हमारे रोगी/रोगिणी के बीच के अंतर्गत से और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारे रोगी के उपचार प्रकृत और उनके अपने ही हक को ध्यान में रखते हुए हमारे द्वारा की जाती है। "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सिफारिश के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p><i>19/05/24</i></p>	<p><i>Dr. S. Shankar Das</i></p> <p>(Name of Dr. & Regis. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व अंशिक नं. के साथ</p>	<p><i>OPTOM ANAND DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>SANKAR HOSPITAL</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका के अंतर्गत हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---