

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0624/0325**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE **19/06/24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **SAHID ALI AKUNJI**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **63**
वर्ष

SEX **M**
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **KANCHAM ALI AKUNJI**
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **CHAK KALIKAPUR, GOURTSHOJ, NORTH 24**

PARGANAS TATSAAS, WEST BENGAL

PERMAHENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**



OCCUPATION : **VEGETABLE SHOP**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **4500 x 12 = 54,000/-**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. **व्याप्त** (यदि उपलब्ध)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 क्या संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|--|
| 1. | SAHID ALI AKUNJI | 63 | M | SELF |
| 2. | SAHANARA BIBI | 56 | F | WIFE |
| 3. | FARUK AKUNJI | 32 | M | SON |
| 4. | MONIRUL AKUNJI | 29 | M | SON |
| 5. | FARUL BIBI | 24 | F | DAUGHTER |
| 6. | TUHINA BIBI | 20 | F | DAUGHTER |

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

| | | | |
|---|--|---|---|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत |
|---|--|---|---|

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

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

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

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सो पूर्व सहायता राशि |
|------------------------|---|--|
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले द्वारा)

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 बताना चाह रहा हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य नहीं है तो मेरी प्रार्थना सिर्फ़ सही या सच ही है।
- मैं यहाँ यह जमानत दानि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिले है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताना है।
- मैं यहाँ बताना हूँ कि मैंने कदापि हेतु वह सहायता को नहीं है, जो किसी का जमानत या कबल किसी किसी अन्य सहायता/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले द्वारा)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 आवेदन का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अगली पंक्तियों को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसकी न्यायपालिका" को अधिभूत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस आवेदन में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायपालिका, पत्र, वाचना/पत्र पत्रों के माध्यम से मुझे भविष्य में जो सहायता/सिद्धि के लिए किसी को प्रसार करने में प्रयत्न करने में सक्षम हो सके। यह आवेदन का विवरण सही है। इस आवेदन का विवरण सही है। इस आवेदन को जारी करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद अधिभूत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित है उसे जहाँ जहाँ सहायता का इस्तेमाल हो सकता है। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यायपालिका का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन करने वाले द्वारा या अंगूठे का निशान

✓ आदेश कुमार शर्मा

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)

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 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.

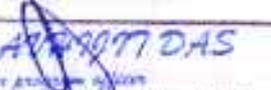
हमारी अधिभूत, हस्ताक्षर की ओर से या अंगूठे की छाप "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करने को तैयार हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी। यदि सहायता नहीं मिले तो हमें या न हो सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निवृत्त/निवृत्त। उस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश नहीं की जा सकती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से प्राप्त होगी। इस पुष्टि के साथ यह बात है कि सहायता सिफारिश करने के लिए हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।

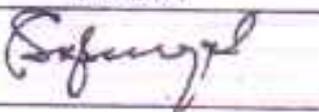
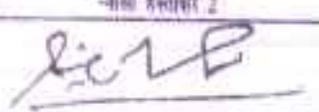
2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे ही नहीं सहायता संगठन का चुनाव रोगी एवं हमें सहायता संगठन का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे ही इलाज में रोगी को इलाज प्रदान और अपने अपने को जारी रखने की ओर हमें सहायता संगठन की ओर "कोशिका" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

| | | |
|--|---|--|
| Date of Surgery अभियोग की तारीख 19/06/24 |  M.B.B.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पता, र. |  OPTOM ANSHU DAS Senior optician (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKARA HOSPITAL कोशिका फाउन्डेशन अधिभूत डॉक्टर |
|--|---|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 |
|  |  |