

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : K/0823/0471		APPLICATION DATE : 13/08/23		
आवेदन संख्या :		आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : MD AMIN UDDIN		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	
आवेदक का नाम		79	M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HAZI ARAF				
पिता/कन्युस का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता				
PANCHLA, HAORA, HI322, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता				
AS ABOVE				
OCCUPATION : UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
व्यवसाय				
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)		
कुल वार्षिक आय		(आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. : [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)				
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 साथ संबंध
1.	MD AMIN UDDIN	79	M	SELF
2.	SAYEBA BEGUM	70	F	WIFE
3.	MD JASIM UDDIN	51	M	SON
4.	MD JAHIRUDDIN	45	M	SON
5.	AYESHA KHATUN	42	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहायता के लिये विनंति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) एपीबी कार्ड के साथ 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 किए गए विनंती 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 (SIOS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED जी गई सहायता राशी		

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मान्य किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इससे सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।

3) मैं यहाँ कहता हूँ कि मैंने सहायता से प्राप्त की गई है, उस राशि का अधिकतम संभवतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही लिये जा सकेगा।

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 प्रश्न पर अपने उत्तरदाता या अपने को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी प्रार्थना को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, "कोशिका" प्रत्यक्ष न्यासी, दल, संस्थाओं द्वारा उत्पन्न मेरे मुझे परिचितियों और उपलब्धियों के विषय किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का कि संस्थाओं के उत्पन्न मेरे मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रत्यक्ष उनके न्यासीओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदनक ले इस्ताफार या आवेदिक का निशान

Md. Amrullahin

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इच्छाशी को और से समझे/सोने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि मैं/होस्पताल और या ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रूपमसे में लेगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय/वित्तिय सहायता के समर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय जलिय/समर्थ हेतु मन्तु को किसे सहा है तो होस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ से स्पष्ट कहा जा रहा है कि होस्पताल वित्तिय मदद उक्त रोगी/रूपमसे हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य समर्थन से नहीं ले/प्राप्त/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या होस्पताल द्वारा ली गई सहायता या किसी लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं होस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए होस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं होस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संलग्न

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S.M.S

Gold Medalist
(Name of Dr. & Regd. No. & Stamp)

Key No: 71035

OPTOM 434797 DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Executive Director of Hospital)

SANKARAJYOTI INSTITUTE

अनुसूचित टैपिंग सेट

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी रत्नाकर ।

— ५५ —

Ergebnis

2020