

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **SK/1123/0841**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **7/1/23**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **SK. ALI HOSSAIN.**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **59** SEX **M.**
वर्ष-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **SK JAMSHED ALI**
पिता/कटुम्प का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS **बांयान आवासीय पता**

**BAHARGANGARAMPUR, ULUBERIA,
HOWRAH WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **स्थायी आवासीय पता**

- AS ABOVE -

OCCUPATION : **RICKSHAW PULLER**
व्यवसाय

MARRIED (शिवहित) / UNMARRIED (अशिवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **5000X12= 6000/-**
कुल वार्षिक आय

(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 पत्रक हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

Yes /
हां /

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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
1	SK. ALI HOSSAIN	59	M	SELF
2	FERUZA BEGUM	50	F	WIFE
3	SK SIRAZUL ISLAM	32	M	SON
4	SK AZIZUR RAHMAN	23	M	SON
5	AMENA KHATUN	28	F	DAUGHTER
6	RESAMA KHATUN	26	F	DAUGHTER

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE-
सहायता हेतु किये गये चिन्तित 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 (SIPES + POL)

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 एवं यह सहायता कितनी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा किये गए:

- 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 पर कक्षा में कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमाने जाय तो मैंने सहायता निरास की या सकती है।
 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से भी या तो है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पर्यटन है।
 3) मैं यहाँ पर कक्षा में कि मैंने सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं है, उन स्रोतों या उद्योगों या सहायता कियो नाम जो/निर्माता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कक्षा)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree to subscribe 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नामों की छाप कक्षा में एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में जोड़ें हैं, उन्हें "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट, धन, सहायता/दुर्लभ उपकरण से सभी परिणामों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न या विवरण में उद्देश्य को पूरा या करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से जोड़े हैं पूर्णतः सहायता के उपचार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट निर्णय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान




AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कक्षा)

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:

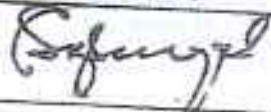
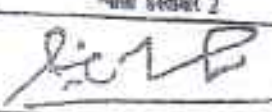
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 और से यमने/रुपे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य या प्रतीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उन्हा ऐप्लीकेशन/केस में लगे या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनोद उन्हा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अस्वीकार/सहायता हेतु मन्सुख नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने पर अधिकतर सुरक्षित रहता है। इस पत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उन्हा ऐप्लीकेशन हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता केंद्र वित्तीय प्रकृति की है। वेगों पर हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किन गले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव वेगों एवं हस्पताल के वेग का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्पताल में कोई भी सहायता संगठन और अपने जाने की सहायता विनोदारी वेगों एवं हस्पताल को हानि और "कोशिका" की कोई पुनिका या विनोदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/11/20	 M.B.B.S, M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और मुहर	 OPTOM ANANDOT DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और मुहर
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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