

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/1223/0937	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 09/12/23
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: JABEBA BIBI	AGE-YEARS वर्ष-वर्ष: 58
	SEX लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम: DAUD ALI MOLLA	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: MUMBAHALLI DAKSHIN PARA, MANIPUR, NORTH TENTY FOUR PARGANAS, JABALPUR, WEST BENGAL	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: — AS ABOVE —	



OCCUPATION: व्यवसाय: HOUSE WIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): (Attach Proof of Income) (आप का प्रमाण प्रस्तुत करें)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 7000 X 12 = 84,000	

PAN No. (आपका PAN संख्या)	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पayer हैं? (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)
	Yes / हाँ / No / 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 के साथ संबंध
1.	JABEBA BIBI	58	F	SELF
2.	MATIAS JABEBA	64	M	HUSBAND
3.	HASANUR JABEBA	32	M	SON
4.	MURSLAM JABEBA	34	M	SON
5.	ASMA BIBI	29	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे एवं किसका उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मान/डॉक्टर से जारी की गई डॉकिमेंट 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 ली जा रही है?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं गलत जानकारी प्रदायक पाया जाता है तो मेरी प्राप्त की गई सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।

3) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भेजूं, जो कि किसी या कहीं से भी अन्य सहायता/प्रतिपूर्ति/बीमा कम्पनी से या से प्राप्त है और जो इस घोषणा में उल्लिखित है।

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 enable 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी स्वीकृति व्यक्त करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बतौर है, उसे "कोशिका" समग्र न्यासीय, चरण, कार्यक्रमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रपत्र का निष्काशन मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हो चुके हवा, आगमन या इच्छा नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आलोचना के दायित्व का जोड़ी का निदान



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.

इससे अधिष्ठित, इसकाबदी की ओर से समर्थ/उपरी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान से साथ य स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी के साकार की संस्थान या किसी अन्य स्रोत से जहां उपेक्षा/प्राप्ति में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। पर "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट कोशिका/फाउंडेशन हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है जो अन्यथा किसी अन्य के साकार की संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुविधा में स्पष्ट बना जाता है कि अन्यथा द्वितीय पक्ष प्राप्त उपेक्षा/प्राप्ति हेतु किसी के साकार की संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेया/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपेक्षा या हस्तगत द्वारा की गई सहायता या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव उपेक्षा एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रस्ताव का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपेक्षा के हस्तगत सुझा और अन्य करने को इसी विधि/उपेक्षा उपेक्षा एवं हस्पताल की सभी और "कोशिका" की कोई सुविधा या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

सबोकुली के लिए संयुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/12/23	Dr. Subash Das H.B.B.S.M.S. (Name of Dr. & Rank, No. with Stamp) डाक्टर का नाम व पद/रैंक के साथ स्टैम्प	OPTOM ANAGNI DAS SANKAR ANAGNI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के नाम और अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય દસરાજ ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય દસરાજ ૨
	