

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: M/0722/0131
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 12/07/22
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: ALAUDDIN SEKH
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष
61SEX लिंग
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: NAFIZ SEKH
पिता/हस्ताक्षर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DHANGAR PASHUNATHPUR, SOUTH 24 PARGANAS 743502
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: LABOURER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 2000 x 12 = 24,000/-
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):

Yes / हाँ

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)

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 सम्बंध
1.	ALAUDDIN SEKH	61	M	SELF
2.	ASIDA BIBI	55	F	WIFE
3.	MD SARIF	33	M	SON
4.	MD ABLE	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती 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 (SIOS + TOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अर्थांक ६० संख्या ५५

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विवरण की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता एवम् "कार्यक्षेत्र का उपयोग", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एवम् की अतिरिक्त या समकाल विमर्श किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही अधिक में ली जाएगी।

AGREEMENT by APPLICANT (2008/06 2011 10/01)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 का जपन द्वारा प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से उत्तर देना आवश्यक है। (अवरोधक) अपनी सहायता की पुष्टि करता है एवं "कॉलिका फाउंडेशन और उसके ज्यूनियर्स" का अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धर्जित है, उसे "कॉलिका" एवं ज्यूनियर्स, हॉम, सायन्स एवं ह्यूमन इन्फॉर्मेशन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को निरूपित करने के लिए प्रयोग करने में अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कॉलिका फाउंडेशन" व ज्यूनियर्स अधिकृत है।
- 2) मैं (अवरोधक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के अंतर्गत है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कॉलिका" द्वारा उसके ज्यूनियर्स का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेष्टक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (KAYSON 201 401)

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 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 अधिकांश इलाक़ों को जोड़ा में सामान्य-रांजी को "आंशिक कंडमैन्शन" में विधिप गहाणस होत मिकरिगि की जाती है, जिसे हम (इमरालत) विम प्रकार में मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित महापता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त लेटे/प्यारों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से सिकरिफिकेशन उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा महापता विनि अशिका/मरर हेतु मररु नहीं विनि जता है तो अमरराल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से महापता लेने का अधिकार सुविधित मररत है। हम पुनि न मररर कता जता है कि अमरराल द्वितीय मररर उक्त लेटे/प्यारों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" में हो गई सहायता केवल वित्तिय प्रवृत्ति की है। ऐसी या इम्प्लान्ट द्वारा हो गई सहायता या विषय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इम्प्लान्ट से लोग का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इम्प्लान्ट में ऐसी को प्रत्यक्ष मूला और अपने जाने को खाती विद्योदारी ऐसी एवं इम्प्लान्ट की होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

ज्योतिषी वं लिपि संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/02/22

M.B.B.S. M.S.
Gold Medalist
71035

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

आपका नाम क्या है ?

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायौ ह्यस्तथा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमौलिकता २

Satzung

Rich