

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

 APPLICATION No. : **M/0822/0252**
 आवेदन संख्या :

 APPLICATION DATE : **24.08.2022**
 आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : **MD SAYED**
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M
 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **MD HASID**
 पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

11H/5 KASAT BUSTEE 1ST LANE NARKELDANGA
KOLKATA 700011, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE
 OCCUPATION : **UNEMPLOYED**
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL**
 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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

 Yes / No
 हाँ / 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 सम्बन्ध
1.	MD SAYED	61	M	SELF
2.	SALMA BIBI	57	F	WIFE
3.	SONI KHATOON	35	F	DAUGHTER
4.	NAJMA KHATOON	32	F	DAUGHTER
5.	AKHTAR HOSSAIN	29	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 विवर्ति 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 (RIGHT + LVL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया) 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 कहता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में भरा गया है। 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैं अब और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया) 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 fulfilment 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में भेज रहा हूँ, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, दान, पाठन/का दूर उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी फॉर्म पर विवरण से इत्यादि के करने का काम मैं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टियों अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के प्रसारित है जुदा स्वतंत्र, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक का हस्ताक्षर या बाएँ की छाप लगाकर	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया) 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. हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमसे/हमारे की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने के लिए या न हो रही है, यदि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेष-कर उक्त होगी/प्राप्त हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे पर हस्पताल द्वारा दो गैर-संलग्न या किमे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में होने का इच्छा सुरक्षा और जाने करने को सारी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए, संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/08/2022	Dr. Shibanshu Das M.D.B. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.
OPD/OM/AM/PM/AS Senior Surgeon/Physician (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 [Signature]