

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **M/0922/0268** APPLICATION DATE : **02/09/22**
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **SABRA BEGUM** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **57** SEX लिंग : **F**
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **MD. HANIF**
 पिता/कनूष्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
15/H/5 CANAL WEST ROAD, AMHERST RAJA RAM MOHAN SARANI, KOLKATA - 700009, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
- AS ABOVE -



OCCUPATION : **HOUSE WIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
 व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL** (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का सक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई छला संख्या

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 निशान लगायें) 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. | SABRA BEGUM | 57 | F | SELF |
| 2. | MD. FARAN | 35 | M | SON |
| 3. | TAMANNAH PARVEEN | 32 | F | DAUGHTER |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|--|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु किसे गये विनियत 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 (SICS + IOL) |

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

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा घोषणा पर):

- 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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मुझे कोई भी प्रकार का प्रतिफल या नुकसान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं मिलेगा और मैं भी भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा करार):

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

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर मैं (अर्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'ट्रस्टियों'" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एनएम 'ट्रस्टियों', दान, धारण/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के 'ट्रस्टियों' अधिकृत है।

2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उत्पन्न करने में घोषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाएंगे। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम 'ट्रस्टियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जात से चालते/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मा होगी/प्राप्त होगी या उसे नहीं रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उम्मा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सफल हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बतल जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उम्मा रोगी/घायले हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही कोई अन्य चिकित्सा या उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को चिकित्सा का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रोकथाम नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने कार्य को सही विधि/रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विध्वंसकारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|--|---|--|
| Date of Surgery आपराण की तारीख 02/09/22 |  Dr. Shibashis Das M.B.B.S. M.S. (Name of OP & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. |  OPTOM ANUPRIYA DAS Senior Assistant Professor Consultant Ophthalmologist (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|--|---|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

| | |
|---|---|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 |
|  |  |