

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/0922/0291	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	04/09/22
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	ENDAR KHAN	AGE-YEARS आयु-वर्ष	87
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम	DIDAR KHAN		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
TILKUMAR BASANTI, SOUTH 24 PARGANAS, 743325, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			
AS ABOVE			

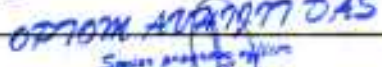
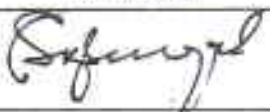
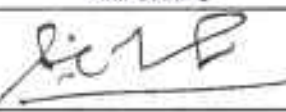
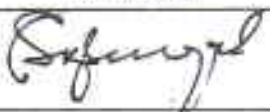
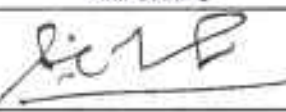
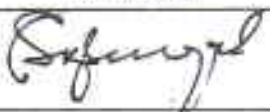
OCCUPATION : व्यवसाय	UNEMPLOYED	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	☒ / ☐
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	NIL	(Attach Proof of Income) (आप को साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का 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.	ENDAR KHAN	87	M	SELF
2.	SALEHA KHAN	80	F	WIFE
3.	SARINA KHAN	58	F	DAUGHTER
4.	RAFIQUL KHAN	55	M	SON
5.	SAFIYUN KHAN	52	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 किसे 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 (VICI ATOM) - RE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 जो गई सहायता राशी:

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र 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 फॉर्म 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 निरस्त की जा सकती है। 2) मैं द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं इस राशि को किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।			
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 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 अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में बतौर है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दूर, वाचनायक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और वितरकों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं फॉर्म का विवरण में इनका उपयोग करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण स्तर, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।			
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 			
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. हमने अधिष्ठाता, हस्ताक्षर की और से समर्थन/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 हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश आसक्ति/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत पर सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा निरीक्षण मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो नई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारा हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और उसे जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।			
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE सिफारिश के लिए संस्तुति  Dr. Shikhar Das M.B.B.S M.S Gold Medalist Reg No. 72035 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजि. नं.  Dr. Anurag Das Senior Resident Consultant Orthopaedist SANKAR ANKURATIVE INSTITUTE (Name & Signature & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी			
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1  </td> <td style="width: 50%;"> SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2  </td> </tr> </table>		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 