

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : M/1022/0389APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 13/10/22NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम MARSOOD ALAMAGE-YEARS आयु-वर्ष
67SEX लिंग
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहस्र का नाम MANSUR ALAMPRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
15/1/H/5, PATWAR BAGAN LANE, RASA RAM MOHAN BARANI,
KOLKATA - 700001, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :
व्यवसाय UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. न्याय खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का 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.	MARSOOD ALAM	67	F	SELF
2.	NAZMA KHATUN	62	F	WIFE
3.	SAIZAN ALAM	40	M	SON
4.	SUMELA AMBAR	38	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनोद आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे पत्र विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (STCS + IOL)

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

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



DECLARATION by APPLICANT (अर्शेक हए करल गए)		
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 प्रकरण में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विषय/प्रश्न कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है। उस एरि का ऑरिजन या प्रकृत बिस्वस किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो सकेगा है और न ही भविष्य में सूर्य।		
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक हए करल)		
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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टीज" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टर, सहायक दवाइयों, उपकरणों से जुड़ी एक्टिविटीज और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण को इस्तेमाल में करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी अधिकृत है। 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में घोषित है पूर्ण स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर ट्रस्टीज का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान) <i>Man/sardham</i>		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल हए करल)		
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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से वर्तमान/भविष्य को "कोशिका फाउंडेशन" 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 रोगी/रोगी के संबंध में किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त को प्रमाण में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/समस्त हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी के संबंध में किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी रोगी/रोगी के संबंध में किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार दो या दो से अधिक या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने करने की गारंटी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृति के लिए संस्तुति)		
Date of Surgery (अपरेशन की तारीख) <i>13/10/2022</i>	<i>Dr. Shibashis Das</i> Director M.B.B.S., M.Sc. (Gold Medalist) (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ डॉक्टर का नाम और नंबर	<i>Dr. Shibashis Das</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (Name, Designation & Stamp of Hospital) अधिकृत/अधिकृत/अधिकृत
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंतर्गत उपयोग हेतु)		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नाम हस्ताक्षर 1)		SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नाम हस्ताक्षर 2)
<i>Sufan</i>		<i>Sufan</i>