

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: M 1022/0393

APPLICATION DATE 14/10/22

NAME of APPLICANT: IBRAR HOSSAIN

AGE-YEARS 51 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: IFTAKAR HUSAIN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 16/H/3, CANAL WEST ROAD, KOLKATA MUNICIPAL CORPORATION, NARVELDANGA NORTH, KOLKATA - 700091, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जाबातीक नहीं

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

LABOURER

TOTAL ANNUAL INCOME:

Rs. 3008712 = 36,000/-

PAN No.: अपाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):

Yes /  No / 

मैं आप भाष्य करता हूँ (जो मान्य हो उस पर मही का निशान लगायें)

MARRIED (प्रिय) / UNMARRIED (अप्रिय)

(Attach Proof of Income)  
(उम्मीद का नाम संलग्न)

## FAMILY DETAILS: परिवार संबंधी

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.	IBRAR HOSSAIN	51	M	SELF
2.	RAUSAN BINTI	48	F	WIFE
3.	MAUSIN RAJA	25	M	SON
4.	ALI RAJA	21	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विकल्प आप्त

SPL Card (Attach Card Copy) गोपी रुपा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आल्प आय वाले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचाल कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्य साक्ष

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु लिये जाने विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached उपचाल इकाइ से जारी की नई दृष्टिविदन सूची अलग
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LF
2.	SURGERY - LF (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिए किंतु अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पिकेंट द्वारा घोरणे का।

- 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.
- 4) मैं सचेत रहत हूँ कि इस प्रकार मेरे नामी विवरण मेरी सहायता के अवधारणा माध्यम से बदल जाते हैं। कोई कठोर विवरण या उन साथन साथांगाएँ आता हैं तो मेरी सहायता लिखा करी जा सकती है।
- 5) मेरे द्वारा कोई सहायता रद्दी करायी जानी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की तुलने के लिए विवरण बनाया जाए और यह प्रकार में बदल जाएगा।
- 6) मैं पूरी रूपरूपी रूपरूपी विवरण बनाया हूँ ताकि यह उपयोग की तरफ आवाहन दिलाने वाले वॉल्टमिस्ट्रीट्स कानून ने न तो लिया है और न ही भवित्व में होता।

**AGREEMENT by APPLICANT:** अप्पिकेंट द्वारा करा।

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) इन एड या अपने इलाज की जांच कार्यालय में (आवेदक) अपनी साझेदारी की पूरी काम (एवं "कोशिका बाहरीदार और उपर्युक्त व्यवहारों") को लापेक्षा करता हूँ कि मेरे चाहे यह, यहाँ और यहाँ को विवरण इस उद्देश्य में धोखा है, यह "कोशिका" ग्राम, नगरों, इलाज, अवधारणा इसी उद्देश्य में अपनी विवरणों और उपर्युक्तों के लिए किसी भी प्रकार व्यवहार में प्रभावित नहीं है। यह एड का विवरण मेरी इलाज की पहली तथा अंतिम कार्रवाई के लिए "कोशिका बाहरीदार" वा उन्हीं अधिकारी है।

2) मैं (आवेदक) इस काम से सहमत हूँ कि मेरे चाहे यह, यहाँ और विवरण या यह सहायता के उद्देश्य में धोखा है मुझे यहाँ सहायता का इलाज नहीं बताता। इस काम में "कोशिका" एवं उसके अधिकारी का विवरण अधिक और व्यापक होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक का इलाज का अनुरूप का विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा करा।)

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.

इसपर, लापेक्षा, इलाजदारों को अपने संबंधितों को "कोशिका बाहरीदार" से विवरण द्वारा दिया जाने वाले हैं, जिसे हम (हस्पताल) या उपर्युक्त सम्बन्ध व्यवहार के लिए काम करते हैं तो उसे यह नहीं है, जिसे हमारे "कोशिका बाहरीदार" से विवरण दिया जाता है। यह "कोशिका बाहरीदार" द्वारा यहाँ विवरण दिया जाना व्यवहार का लाभांगकरण करता है और उसका नहीं किया जाता है। यह अपनाले किसी भी अन्य विवरण से अलग अपनाले के सहायता लेने का अपेक्षा अधिक दूरी रखता है। इस दूरी में अन्य विवरण जाता है कि अपनाले उपर्युक्त वर्द उपर्युक्त विवरण से अलग दूरी रखता है।

2. "कोशिका बाहरीदार" ये लोग यहाँ विवरण दिया जाने वाले हैं। यहाँ यह हस्पताल द्वारा यहाँ जाना जाने वाले विवरण द्वारा यहाँ जाना जाने वाले विवरण नहीं हैं। इसलिए हस्पताल में यहाँ के इलाज मुख्य भूमि अपने बातों की जांच विवरण द्वारा यहाँ में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृति के लिए संकेत

Date of Surgery अवधारणा की तारीख <i>14/10/22</i>	<b>Dr. Shubhashis Das</b> Director M.B.B.S, M.S (Gold Medalist) (Nagpur Gold Medalist With Stamp) दास डॉ. शुभाशीस डॉस	<b>OPTIONAL AUTHORISATION</b> <i>For signature</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) <b>SANKALPA VYAS</b> <i>Chief Executive Officer</i> नाम व वर्त हस्पताल अधिकारी अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

आवाहन उपयोग हेतु

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
नामी विवरण ।

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
नामी विवरण ।