

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No. : **M/1022/0417** APPLICATION DATE : **19/10/22**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **BAZLIU RAHAMAN KABIRAJ** AGE-YEARS : **74** SEX : **M**
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **AGMAN KABIRAJ**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **CHANDRA PURKHURIA, CHAMPAPUR, NORTH 24 PARGANAS - 743291, WEST BENGAL**
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : **UNEMPLOYED**
व्यवसाय

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. : **SWAYI**
आय का प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
क्या आप आय कर चुकाते हैं? (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 से संबंध
1.	BAZLIU RAHAMAN KABIRAJ	74	M	SELF
2.	SALEHA BIBI	68	F	WIFE
3.	JAYIR HOSSAIN KABIRAJ	44	M	SON
4.	AFIAR HOSSAIN KABIRAJ	39	M	SON

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

☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही 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: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 the 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इस फॉर्म में उल्लेख की पूर्ति के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रार्थना में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में उल्लेख है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकेगा। इस प्रकाशित विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिये या मेरे उपचार के लिये "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जाएगा।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित हैं पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त विवरण का प्रयोग अंतर्गत और आवश्यकता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामित/पेश की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो कोशिका और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेना आवश्यक/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज प्रक्रिया और अन्य बातों को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हस्ताक्षर के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

19/10/22

Director
M.B.B.S, M.S. (Gold Medalist)
Reg no. 71035 WBMC

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
SANKARA Jyoti Hospital of Hospital
हस्ताक्षर, पद व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2