

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/12/7/1511 APPLICATION DATE: 09.12.17

NAME of APPLICANT: NOOR KHATUN LASKAR AGE-YEARS: 52 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ALI AJGAR LASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BEGRI MUSALMANPURA DOMTOR HAWRAH
711411, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)

PAN No. (आपका पास है)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes [X] / No

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.	NOOR KHATUN LASKAR	52	F	SELF
2.	ALI AJGAR LASKAR	60	M	HUSBAND
3.	KUTUBUDDIN LASKAR	30	M	SON
4.	TAHIRA LASKAR	26	F	DAUGHTER
5.	ANARUL LASKAR	23	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राण/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STC + IOL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: अभिषेक एन. शर्मा

- 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 यथेष्ट करता हूँ कि इस प्रकरण 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 निरास हो जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था।
- 3) मैं यथेष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यथा का अंशिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (below gov seal)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रश्न पर अपनी इच्छा के अंशों की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी खासगी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, वाकचक्र सुनो उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के निम्न किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के अंशों के बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके पास कोई प्रमाण नहीं है कि उन्होंने ऐसा किया



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TO YOU)

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 अधिबृत्त, इलाक़ा की ओर से सापेक्षता की "कोशिका भाग-दोहर" से मिलियन साधारण हेतु सिद्धांत की जाती है, जिसे हम (इसका) फिर प्रकाश से अन्य व प्रभावित करते हैं। यह कि व से अधिबृत्त और व ही अधिबृत्त में मिलियन साधारण बिंदु की प्रकाश की संख्या या किसी अन्य स्रोत से उष्ण रोदी-पापल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका भाग-दोहर" से सिद्धांत-विधि उष्ण के सम्बन्ध में "कोशिका भाग-दोहर" द्वारा प्रदर्शित हेतु कि है। यदि "कोशिका भाग-दोहर" द्वारा साधारण बिंदु अधिकाधिक-सम्बन्ध हेतु मनुष्य परी किया जाता है तो अगला बिंदु अन्य की प्रकाश की संख्या या किसी अन्य साधारण से साधारण लेने का अधिबृत्त सुनिश्चित रहता है। हम पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला द्वितीय प्रदर्शित उष्ण रोदी-पापल हेतु किसी की प्रकाश की संख्या या किसी अन्य साधारण से परी सापेक्षता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ਭੀਮਾਨਗਰੀ ਦੀ ਭੀਮਾਨਗਰੀ

09.12.17

Dr. Arindam Deb
FRCGS, FRCS

DEBES DO FRCS

Doc. No. 52095

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

हमारे पास एक नमूना है। हमें यह देखना है कि क्या यह एक अच्छा नमूना है।

Sankar Bagchi
Director

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद इसमहाल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

महोदय !

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अध्यायी ४

2028