

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K1061810592		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 18/06/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		KALURUDDIN SAKH		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 61	SEX लिंग : M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्ताक्षर का नाम :		DHANRUDDIN SAKH			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता :					
TIKHAOLA, GOLA BARI, CANNING-1, SOUTH 24 PARAGANAS, 743329, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता :					
AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय :		LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :		RS. 1500 x 12 = 18000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थायी 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 निशान लगायें) :					
Yes / No हाँ / 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 सम्बन्ध	
1.	KALURUDDIN SAKH	61	M	SELF	
2.	MENOKA BIBI	53	F	WIFE	
3.	NUR HOSSAIN SAKH	28	M	SON	
4.	ALYAB HOSSAIN SAKH	26	M	SON	
5.	SAINURA BIBI	24	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या निशाने 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 लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता धरती	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक डुप फेरक 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 यहाँ पर बताना 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रकरण के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता की हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में बताना है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का अंशिक या प्रत्यक्ष विनिर्मुक्त अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक डुप 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर सहमत हो चुका हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में दीया है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पाठ्यक्रम दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रचारित/प्रसारित और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण में इस बात को ध्यान में रखते हुए कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रचारित/प्रसारित करने से प्रतिबंधित है मुझे इसका अधिकार नहीं है। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल डुप 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने/पान करने के लिये या न हो, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्मुक्त उठा लेने के साथ ही "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्मुक्त/अंशिक/पूर्ण रूप से न मिले, तो हस्पताल को अपने अंशिक या पूर्ण सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान उठा लेने/पान करने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/पान करेगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही 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। इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुझाव और अपने अपने को सही विनिर्मुक्त रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या विनिर्मुक्त इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/06/18

(Signature)
Dr. K. Ghosh
M.D., D.B., FRCS
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ रजिस्ट्रार का मुहर

(Signature)
Sankar Dasgupta
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

(Signature)