

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0718/0703
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 05/07/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: MAYNA BIBI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

AKABAR DHALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BASURHAT TOLA PARTI, BASURHAT WARD NO-11,
NORTH-24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:
व्यवसाय

HOME MAKER

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)Yes / No
हां / 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.	MAYNA BIBI	65	F	SELF
2.	HAFIJUL DHALI	43	M	SON
3.	ABIRUL DHALI	40	M	SON
4.	RITIKA ISHAKI	38	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असफल/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RE
2.	SURGERY - RE (STIC 2410L)

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 लेई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: none to save us

- 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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गयी है, उस राशि का कोई भी वापस किया जाने वाला कोई भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (select one)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 to 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ/करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके महाशायों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोvided है, उसे "कोशिका" एजन्सि या सी, एन, फाउण्डेशन द्वारा उत्पन्न से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सार्वजनिक प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पालने या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व महाशायों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रोvided है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एजन्सि या सी, एन, फाउण्डेशन का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपके एक ही इमरतों पर अंग्रेजों का निगम



AGREEMENT by HOSPITAL (WASH DC 4501)

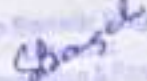
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 अधिकांश हमसफ़री की ओर से सामान्यतः की "बोलिया चामुंडेश्वरी" से विभिन्न महामंडल से विचारित भी जाती है, जिसे हम (हमसफ़री) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी साक्षरी अभिप्राय या किसी अन्य स्रोत से उक्त ऐंटी-पायनल में उल्लेख या संशोधन है, बल्कि कि इनमें "कोशिका पायनडेशन" से निवारित/निवृत्ति उक्त को सम्बंध में "कोशिका पायनडेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका पायनडेशन" द्वारा प्रावधान विहित अधिकाधिकार हेतु गन्तु नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरी अभिप्राय या किसी अन्य सम्बन्धन से अस्पताल लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त ऐंटी-पायनल हेतु किसी भी साक्षरी अभिप्राय या किसी अन्य आधार से नहीं होना/होने।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से भी यह सहायता कोषा विविध प्रकृति की है। रोटी या इमरालद द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपकार/प्रक्रिया का फल प्राप्त होता है एवं इमरालद को बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिये इमरालद में रोटी को इतराव फलक और अपने जाने की खाती जिम्मेदारी होती एवं इमरालद की होती और "कॉशिका" की कोई भविष्य या जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION समन्वित
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 05/08/18	 Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58069 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु			
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED समन्वित	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
		