

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0718/0738

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/08/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MD. KALIMUDDIN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

ABDUL HAMED

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

28/1 GRI BABU LANE, DALIBAZAR, KOLKATA,  
700019, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का सत्य प्रमाण)

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 लगाएं)

Yes / हाँ

No / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | MD. KALIMUDDIN                                    | 63                         | M              | SELF                                            |
| 2.                     | IASMINA BEGUM                                     | 55                         | F              | WIFE                                            |
| 3.                     | AEBIN                                             | 32                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 4.                     | SABANA KHATUN                                     | 30                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 5.                     | SAKIL AHMED                                       | 27                         | M              | SON                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्तित आधार

BPL Card  
(Attach Card Copy)गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)आयु 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 प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विस्तार का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीविदेन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                    |
| 2.                     | SURGERY - RE (SIESTA 10L)                                                                    |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>वही गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:**

- 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 घोषणा 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा की सहायता प्रति "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, उस प्रति का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

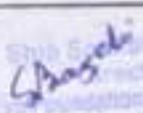
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donation 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 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, इसे "कॉशिका" एम्प्लॉयर, दूर, साक्षात्कार दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिबंधित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार संपन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे द्वारा के पता या घर में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" में न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे समझ: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एम्प्लॉयर उम्मीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

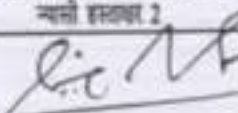
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**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 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.
- हमने अधिष्ठित, हस्ताक्षर की और से मान्यतापूर्वक को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अधिकतम/समस्त हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्ति मदद उठा ली जाएगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जाएगी।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसी के द्वारा सुझा और माने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई धुंधला या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें) |                                                                                                                | ACCEPTANCE<br>समर्थ                                                                                                                                                                                   | REJECTION<br>समर्थ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>08/08/18                                                            | Dr. Kundu<br>MBBS<br>Reg. No-55127<br>(Naraina DE & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील व | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |                    |

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

|                        |                   | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                        | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                          |
|------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| SANCTIONED<br>संस्तुति | REJECTED<br>समर्थ |  |  |