

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0818/0907 APPLICATION DATE: 04.08.18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SURIA BEGUM AGE-YEARS 45 SEX F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SK. MUNNA
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 45/A/1 CANAL EAST ROAD, BARKELDINGA, KOLKATA, 700001, WEST BENGAL
वर्तमान आवास का पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी आवास का पता



OCCUPATION: DOMESTIC HELP
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1000 x 12 = 12000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वास्थ्य खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) 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. | SURIA BEGUM | 45 | F | SELF |
| 2. | NIKHAR BEGUM | 23 | F | DAUGHTER |
| 3. | MD. SABIR ALI | 20 | M | SON |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) मिडिली रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|---|--|---|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1. | <u>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</u> |
| 2. | <u>SURGERY - LE (SIESTA)</u> |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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 ली गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 यकीन करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने अथवा प्राप्त प्राप्त है तो मेरी सहायता निरास हो न सकती है।
- 2) मैं इस ले सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही नही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में प्राप्त प्राप्त है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं है, उस एजेंट का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य संगठन/रोजगारकर्ता/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

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 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एनएनडी, एनए, चरम/चरम द्वारा उद्देश्य से मुझे अधिकृत और उपलब्धता के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित किया जाएगा।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएनडी न्यायोप का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की और से चलाये-लेने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरास प्राप्त से प्राप्त न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त ले-ले-लेने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त-सहायता हेतु प्रस्ताव की किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धुंध में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्तीय प्राप्त प्राप्त ले-ले-लेने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं ले-ले-लेने।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही नही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी पर हमारा द्वारा ही नही सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हमारा के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमारा में लेने के इलाज सुझा और लेने जाने की सही सिफारिश लेने एवं हमारा की होगी और "कोशिका" को कोई धुंध या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरास का निरास लागू) | | ACCEPTANCE सम्मत | REJECTION समनास |
|--|---|---|--------------------|
| Date of Surgery अभियोग की तिथि 04.08.18 | Dr. A. KUNDU MBBS (MS) Reg. No. 65127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व टिक टिक | Shib Srinivas Singhvi Director Koshika Foundation & Research Centre (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 न्यायी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 |
|---------------------|-------------------|--|--|
| SANCTIONED सम्मत | REJECTED समनास | | |