

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 4/0818/0919
आवेदन संख्या : 4/0818/0919

APPLICATION DATE : 04.08.18
आवेदन तिथि : 04.08.18

NAME of APPLICANT : MD. ALAMAT HUSSAIN
आवेदक का नाम : MD. ALAMAT HUSSAIN

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 58
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : QUDRAT ALI
पिता/कन्या का नाम : QUDRAT ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 85/1 NERKEJ DANGA NORTH ROAD, KOLKATA, 700011, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : CONTRACT LABOURER

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 18000/12 = 21,600/-
कुल वार्षिक आय : RS. 18000/12 = 21,600/-
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. :
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	MD. ALAMAT HUSSAIN	58	M	SELF
2.	JAMILA KHATUN	50	F	WIFE
3.	RAJSHANKAR	29	F	DAUGHTER
4.	SANI PARVEEN	27	F	DAUGHTER
5.	ANJU PARVEEN	25	F	DAUGHTER
6.	SUFIYA BEGUM	21	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 बिस्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- LE
2.	SURGERY- LE (SICS + IOL)

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक लाख रुपये

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु या उसके बाद, मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊँगा 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 & 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 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 की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, साक्षात्कार द्वारा उत्प्रेषण से सुदूर विदेशियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के चारों ओर का काम से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Md. Alama Hossain

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सार्वजनिकी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निराकरण से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता के अभाव में किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने के लिए हमें सहायता प्रदान करने या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना होगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेना प्रकृत/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने के दौरान सुरक्षा और अपने अपने को सही निर्णय लेने एवं हस्पताल की सुरक्षा और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION असम्मत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04.08.18	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 Sri Sri Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Shri Anwar Biogchi Director Sri Sri Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED असम्मत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2