

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0818/0942** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **08/08/18**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **ASGAR ALI** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **60** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्या का नाम: **SAHEB JAN**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:  
**21/1 KACHHARI ROAD, JAGADIAL-16, NORTH 24 PARGANAS, 743125, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:  
**AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **LABOURER**

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS. 2000 x 12 = 24,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1.	ASGAR ALI	60	M	SELF
2.	NAZMA BEGUM	55	F	WIFE
3.	ASAR HUSSAIN	15	M	SON
4.	SAMINA TABASSUM	30	F	DAUGHTER
5.	MAMINA ANTON	27	F	DAUGHTER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए विधि अंतर

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये किसी 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 है?

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 है:**

- 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.
  - 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.
  - 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं किया जाये तो गैर सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रकरण नहीं करूँगा, इस धरती का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 donation to 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.
  - 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 (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सकों द्वारा उद्देश्य से सूची लक्षित/विभिन्न और इतर/विभिन्न के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण या इतर के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के प्रति है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायीय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबला)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following
- 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.
  - 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 सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होकर/पाने में लगे जा रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदित प्रकाश के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निमित्त अस्वीकार/सकार्य हेतु मन्तव्य नहीं किया जाये तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मन्तव्य प्रकाश हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेंगे/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जायेगा, उसे ही सहायता संगठन द्वारा ही नहीं सहायता संगठन से प्राप्त किया जायेगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में लगे के इतर सहायता संगठन को नहीं सहायता संगठन को लगे और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकार्य/निरास का निरास लगाये)		ACCEPTANCE सन्तु	REJECTION सन्तु
Date of Surgery आपरेसन की तारीख <b>08/08/18</b>	<p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिंक, व</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>	

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

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
<b>SANCTIONED</b> सन्तु	<b>REJECTED</b> सन्तु		