

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0818/0972**  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **08.08.18**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **MOSLEM KHANA**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **66** वर्ष  
SEX **M** लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **JOYNAL KHAN**  
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **NEORA DIGHI ROAD, BEABLA, BASKIRHAT-1, NORTH-24 PARGANAS, 743422, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**



OCCUPATION : **UNEMPLOYED**

TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL**  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. **स्वास्थ्य खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो घान हो उस पर घाँटी का चिह्नन लखने)

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 सम्बन्ध
1.	MOSLEM KHANA	66	M	SELF
2.	HASINA BIBI	59	F	WIFE
3.	MOJIB KHAN	33	M	SON
4.	HOSANUR KHAN	24	M	SON
5.	MIZANUR KHAN	22	M	SON
6.	MORIYAM KHAN	29	F	DAUGHTER

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

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे लगे विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (NICI + 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 सी गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT (अर्थिक दान चोखा पर)**

- 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 योचन करता हूँ कि इस प्रकार में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिझक एवं कथन आसन्न सत्य सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं इस दान से सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में था सत्य है।  
 3) मैं योचन करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह उद्देश्य को नहीं है, उस तल्लि का अधिक या अधिक विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक दान चोखा)**

- 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/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 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 प्रकार में अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्थिक) अपनी जानकारी को योचन करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रस्टीयों" का अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में योचन है, उसे "कोशिका" एवम् त्रस्टीयों, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे प्रकार के पता या सार में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में त्रस्टीयों अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्थिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् त्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

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

अर्थिक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल दान चोखा)**

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार में मान्यता प्रदान करते हैं।  
 1) यह कि न ही भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निधि अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जात है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत सहायकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस योचन में स्पष्ट कहा जात है कि हम सहायता द्वितीय पर उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सहायकारी संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेंगे/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही गई सहायता का निर्णय एवं उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के प्रकार सुझा और जाने जाने को सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE सन्तु	REJECTION सन्तु
Date of Surgery अभियोग की तारीख <b>08.08.18</b>	 <b>Dr. K. Ghosh</b> MS, DO, DNE, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिक, न.	 <b>Shankar Begoni</b> Director General Eye 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 (अन्तर्गत उपयोग हेतु)**

SANCTIONED सन्तुति	REJECTED सन्तु	SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रस्टी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रस्टी हस्ताक्षर 2