

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/0918/1147 APPLICATION DATE: 05.09.18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: NOOR ALAM AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60 SEX लिंग: M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GULAM JIRANI
पिता/हस्तुष का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
PASCHIM DERABERI, NORTH 24 PARGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता
AS ABOVE



OCCUPATION: FARMER
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1600 x 12 = 19,200/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई 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 / 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 सम्बन्ध
1.	NOOR ALAM	60	M	SELF
2.	SAMIMA KHATUN	52	F	WIFE
3.	MURAT	24	M	SON
4.	MD ALI	22	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती 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 हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही 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 यहाँ पर सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से भी कह रहा हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से या उस विधि से और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

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/print-up/produce 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.

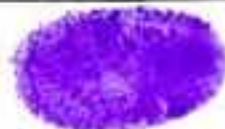
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत हो, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञात करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उस "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टर, वाण्यकारा द्वारा उद्देश्य से लूने की विधिविधियों और उपस्थितियों के बिना किसी भी प्रकार बाधना से इजाजत करने के लिए अधिकृत है। मैं यहाँ पर सहमत हूँ कि इस सहायता को प्राप्त करने के लिए या करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहमति अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता के उद्देश्य से प्रयोग में लाया जा सकता है। सहायता का प्रकरण सही प्रकार इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टरों 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 किया गया)**

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, हस्पताल को और से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से लिखित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, यदि हम (हस्पताल) वही प्रकृति से सहायता से सहायता करने हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता के लिए या सहायता के लिए या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने के लिए या लेने के लिए, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अन्यथा हेतु सहायता को-किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सहायता को सहायता हेतु किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने के लिए सहायता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/उपचार का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी को प्रत्यक्ष सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी मेरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुनर्वास या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाए)

ACCEPTANCE
सन्तु

REJECTION
सन्तु

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

05.09.18

Dr. K. Ghosh
MBBS, D.O, DNB, FRCS
Reg. No.-50971

Susru Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
सांस्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद इसका अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED
सन्तु

REJECTED
सन्तु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासे हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासे हस्ताक्षर 2