

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1018/1423

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/10/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MD YOUSUF

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

ABDUL RAHAMAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

28/H/11 TILJALA LANE, WARD NO-65,
RAKAYA, KOLKATA, 700019 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

PAN No. स्थाई पत्र 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

हां / 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	MD YOUSUF	64	M	SELF
2	ROUSHNIARA BEGUM	55	F	WIFE
3	TANICKA FATMA	32	F	DAUGHTER
4	MD ANISH	28	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) उपभोक्ता 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 - RE
2	SURGERY - RE (SICR 4/07)

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 सो गई सहायता राशि

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 स्पष्ट करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं स्पष्ट कर रहा हूँ कि सहायता का "कौशलिक प्रयोजन", जो उल्लेख किया गया है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उसका पूर्ण या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 for 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.

1) इस प्रश्न पर अपने हास्यशायी या व्यंग्य के साथ उत्तर दें। मैं (अपने) अपनी सभ्यता की मुद्रि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अभिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में संलग्न हैं, उसे "कॉशिका" एवम् व्यक्तियों, राज, पाण्डव, दुर्गा, दुर्गा, दुर्गा से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाशित करने को तत्पर अभिभूत है। मेरे प्रश्न या विवरण मेरे हास्य के पहले या बाद में करने को तत्पर "कॉशिका फाउंडेशन" व व्यक्तियों अभिभूत है।

2) मैं (अपने) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सभ्यता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्पष्ट: सभ्यता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके व्यक्तियों या निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

आरोपक को हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



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.

हमारे अधिष्ठित, इच्छाशीली और अंतर् से सामर्थ्यशाली को "बोशिया फाउन्डेशन" से विशिष्ट सहायता हेतु शिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो संसद और न ही व्यक्ति में विधि सभाया किसी भी प्रकार की संघर्ष या किसी अन्य स्वीत से उक्त ऐंटी/पार्ले में लेने या से लेने हैं, जैसे कि अपने "कॉलिक फाउन्डेशन" से सिलेक्ट/डिस्टिक्ट उक्त से सम्बन्ध में "कॉलिक फाउन्डेशन" इस तरह से है। यदि "कॉलिक फाउन्डेशन" इस सभाया विधि अतिरिक्त/सम्बन्ध से सम्बन्ध नहीं किफ जात है तो सम्बन्ध किसी अन्य भी संसदी संस्था या किसी अन्य संस्था से सभाया लेने का अधिकार सुचित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जात है कि सम्बन्ध विधि पर उक्त ऐंटी/पार्ले से है किसी भी संसदी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।

2. "कॉरिथक फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कोषल विधिय प्रकृति की है। ऐसी पर इसका मतलब है कि यह सहायता या कृपे गये उपचार/क्रिया का शुल्क नहीं है। यह सहायता को कोष का विषय है और "कॉरिथक फाउन्डेशन" द्वारा कितनी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिये इसका मतलब है कि ऐसी को इसका शुल्क और जन्मे जन्मे की सारी जिम्मेदारी नहीं है। यह सहायता को कोष और "कॉरिथक" की कोई धनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संसदीय

Date of Surgery अस्पताल को लाने का 09/10/18		Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाथर का कान थ इन्सुलर व रीटि २		(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्सुलर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्सुलर 2		
					