

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन क्रमांक :

K/1218/1682

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

3/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

GAMRUNNESA GIBI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

ABDUL RAZZAQUE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

 16 PK BISWAS ROAD, WHARF, ITANAGARH,
 NORTH 24 PARGANAS, 780119,
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOMG MAKER

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. जारी किया गया है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर पayer हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / NO

हां / 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 से संबंध
1.	GAMRUNNESA GIBI	63	F	SELF
2.	ABDUL RAZZAQUE	71	M	HUSBAND
3.	SHAMMA BANU	60	F	DAUGHTER
4.	MANOYAR RAHAMAT	56	M	SON
5.	SANOWAR RAHAMAT	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रक्तपत्र/प्रीस्क्रिप्शन प्रमाण पत्र
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICUTAL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो पत्र सहायता पत्र

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो वह मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर देगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में पूर्णतः, या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में ले सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एनएचआरएफ, एन, एनएमएनएन एनएनएन के द्वारा प्रचारित/विपणित और प्रसारित/विपणित के लिये किसी भी माध्यम का उपयोग कर सकते हैं जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं। इस प्रकार मेरे विवरण का उपयोग मेरे उपलब्ध हो जाने से पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)**

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:

- 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, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त होगी या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हम यह स्वीकार करते हैं कि हमारे द्वारा सिफारिश की गई सहायता केवल वित्तीय सहायता के लिये है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसका उपयोग केवल वित्तीय उद्देश्यों के लिये ही किया जाएगा और इसका उपयोग किसी भी अन्य उद्देश्य के लिये नहीं किया जाएगा। हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच सहायता के संबंध में कोई भी समझौता, जो कि हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच है, उसका उपयोग केवल वित्तीय उद्देश्यों के लिये ही किया जाएगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए घोषणा

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 9/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2