

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/1218/1092**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **3/12/18**

NAME of APPLICANT / आवेदन के नाम : **AYUB NABI MIRDHA**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **70**

SEX / लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी के नाम : **ASIJ MIRDHA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : **CHAKLA, NORTH 24 PARAGANAS, 742425, WEST BENGAL**

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



OCCUPATION / व्यवसाय : **UNEMPLOYED**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

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

(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर का दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं) : Yes / हाँ

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन के साथ संबंध
1.	AYUBNABI MIRDHA	70	M	SELF
2.	LALBANU BIBI	63	F	WIFE
3.	MASKURA BIBI	65	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के तहत विवरण दें			
<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) / एप्ले कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उड़ी संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उड़ी संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उड़ी संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किने गये निशुद्धि का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / जांच/परीक्षा से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS-CATARACT-RE
2.	SURGERY-RE (SUS+IOL)

ASSISTANCE BEING AWAVED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAVED / की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थीक दान चोकर कर)

- 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 बताना हूँ कि इस दान में मिले गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताया गया है तो सभी दायता मिलेगी जो मेरे ऊपर होगी।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस दान में सच बताया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस दान के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक दान चोकर कर)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/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 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.

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 दान पर मेरे हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्थीक) यहाँ पर बताना हूँ कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दान में शामिल करें, उसे "कॉशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने वाले माध्यमों से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी देने के लिए विवरणों को प्रकाशित करने में मदद कर सकें। मेरे दान पर मेरे विवरण का उपयोग मेरे उपचार से पहले या मेरे उद्देश्य को पूरा करने से पहले भी किया जा सकता है।

2) मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने से मुझे मदद मिलने का दावा करने से "कॉशिका" द्वारा उम्मीद नहीं की जाएगी और मैं इसे स्वीकार करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थीक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल दान चोकर कर)

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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमने अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सच व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें यहाँ पर "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के लिए मदद करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित किया जा रहा है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता हेतु मदद नहीं मिलेगी तो हमें किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दान में मदद करने का मतलब है कि हमें किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने की आवश्यकता नहीं होगी।

2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिलेगी वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह समझना होगा कि हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने पर हमें अपना फैसला करना होगा और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमें अपने उपचार सुरक्षित और सही करने की ज़िम्मेदारी हमारे पास होगी और "कॉशिका" को कोई भी दायता नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत करने के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 21/12/18	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of DO & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका का पता	 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) इन पर हमें सहायता अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थीक दान चोकर कर)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: डॉक्टर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: डॉक्टर 2
	