

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन क्रमांक :

K/1218/1720

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04/12/18

NAME of APPLICANT :

अवेदनकर्ता का नाम

SK ABDUL JALIL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

SK BELAT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

KERATBERIA, HOWRAH, PIN 316, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. पत्राई खाता संख्या

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

Yes/No

आप आय करदाता हैं (को वही टिक करें जो लागू हो)

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 अवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध
1.	SK ABDUL JALIL	61	M	SELF
2.	SAIBABU BEGUM	61	F	WIFE
3.	SK SAMSUL HAQUE	29	M	SON
4.	ENAMUL HAQUE	6.6	M	SON
5.	SAMSUNNABHA KHAN	2.4	F	DAUGHTER
6.	JAHIRA KHAN	2.1	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विहित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट जोड़ने की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट जोड़ने की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट जोड़ने की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य के लिये का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगरहित/दवाखाने से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची प्रस्तुत
1.	Diagnosis - Cataract L.E
2.	Surgery L.E (Cataract)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इससे मेरी प्रार्थना निरास हो या अस्वीकृत हो।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या उद्देश्य की पूर्ति के, इस दवा की या किसी अन्य प्रकार के भुगतान किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि की छवि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, दूर, सार्वजनिक रूप से इत्यादि में पूरी पब्लिसिटी और प्रचारित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। वे इसका उपयोग कोशिका फाउन्डेशन के उद्देश्य के लिये या मेरे नाम के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के उद्देश्य के प्रसारित करने से मेरी मदद को जारी रखने का कोई भी अधिकार नहीं होगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा अपने ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को प्रार्थना या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रार्थना हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र को सत्य मान लेंगे।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वही रोगी के लिए वही प्रार्थना हेतु मदद लेने का अधिकार होगा, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रार्थना नहीं की जाती है, तो हमें अपने शेष को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमारे पास वही रोगी के लिए वही प्रार्थना हेतु मदद लेने का अधिकार होगा, हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद लेने के लिए प्रार्थना करने के लिए है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी प्रार्थना मदद मिले, उसे हम (हॉस्पिटल) द्वारा ही प्रार्थना करने के लिए प्रार्थना करने के लिए है। हमारे पास वही रोगी के लिए वही प्रार्थना हेतु मदद लेने का अधिकार होगा, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रार्थना करने के लिए प्रार्थना करने के लिए है। हमारे पास वही रोगी के लिए वही प्रार्थना हेतु मदद लेने का अधिकार होगा, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद लेने के लिए प्रार्थना करने के लिए है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप दें	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हमारे हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2