

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of life

 APPLICATION No. : 4/12/18/724
 आवेदन संख्या :

 APPLICATION DATE : 4/12/18
 आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : SEKH RAHIDA KHATUN
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

 FATHER/HUSBAND'S NAME : SK JOBIMUDDIN
 पिता/पति का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता
 KARAT BERIA, HOWRAH, JHARGHATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

 OCCUPATION :
 व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

NIL

 (Attach Proof of Income)
 (आपका आय प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. : आयकर पत्र संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
 क्या आप आय करदाता हैं (जो प्रमाण हो उस पर टिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 से क्या सम्बन्ध
1	SEKH RAHIDA KHATUN	62	F	SELF
2	HABIBUR RAHAMAN	39	M	SON
3	HARUN REHID	36	M	SON
4	ALAMIN	34	M	SON
5	MALEKA KHATUN	29	F	DAUGHTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card, Copy) भोजीय रेशन कार्ड, नौथी प्रमाण पत्र (अनुदान पत्र की प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (अनुदान पत्र की प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (अनुदान पत्र की प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विषयों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रमाणपत्र प्रतिलिपि संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (Cataract)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 कोई 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, घर, पत्राचार, दूरदर्शन से मुझे प्रचारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रपत्र का विवरण मेरी सहायता के बारे में सत्य है या नहीं इसकी पुष्टि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से कराऊँगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रपत्र का विवरण मेरी सहायता के बारे में सत्य है या नहीं इसकी पुष्टि मैं "कोशिका" से कराऊँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की 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 यहाँ घोषित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूरित करना होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं ले रहे हैं, हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलने के बाद भी सहायता नहीं ले सकते हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता हमें मिलेगी, वह केवल वित्तिय सहायता होगी। हमारे पास सहायता हेतु सहायता के लिए कोई भी अन्य सहायता नहीं है। हमारे पास सहायता हेतु सहायता के लिए कोई भी अन्य सहायता नहीं है। हमारे पास सहायता हेतु सहायता के लिए कोई भी अन्य सहायता नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की सिफारिश

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

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