

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/148/2113

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

20/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MAHMOODUL HASSAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

MD HOUSSIAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

G/O MAFTUL ISLAM LANE, KOLKATA,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. : स्थायी आय कर संख्या

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

क्या आप आय कर का दाता हैं (को चयन करें उस पर 'हाँ' या 'नहीं' 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 संबंध
1.	MAHMOODUL HASSAN	64	M	SELF
2.	NOORJAHAN BUSTI	62	F	WIFE
3.	MONTAZ BEGUM	90	F	DAUGHTER
4.	SANIRA BEGUM	70	F	DAUGHTER
5.	NOORJAHAN HASSAN	25	M	SON
6.	ANOLAK HASSAN	21	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्नी का वर्णन:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई प्रमाणित दवायी संलग्न
1.	Diagnosis - Cataract - LE
2.	Surgery - LE (Cataract)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस वर्णन को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई प्रमाणित राशि

DECLARATION by APPLICANT: NONE DU NONE YR

- 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 कबत हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही नहीं माना जाय तब तब मैं उसे सही मानना निरादर हो जा सकता है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर "कौशल विकास योजना", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग सही उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं यहाँ पर कबत हूँ कि मैं इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही हैं, उस राशि का कौशल या अन्य विकास किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो भी स्रोत है और मैं ही नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach per unit)

- 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/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 it's 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 प्रश्न या अपने इच्छाया या जोड़े की बात समझकर, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी को चुनिंदा बात है उस "कोशिका फाउंडेशन और उसके भवितवि" के अधिकृत बाजार है कि वेग पर, पत्र, चोट और के विवरण इस तरह में कोशिका है, उसे "कोशिका" दूर, जहाँ, घर, सम्बन्धन दूरी उत्तरों में चुने परिचितिधि और उपलब्धि के लिए किसी भी उपाय सामान्य से प्रतीति करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण को इच्छा के पक्षों य बात में बाले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जहाँ अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात में समझ है कि वेग पर, पत्र, चोट और विवरण के बिना छात्रों के उत्तरों में प्रतिष्ठित है कुछ बात: छात्रों का इच्छाया नहीं करता इस अर्थ में "कोशिका" दूर उनमें जहाँ के विवेक अधिन और सम्पत्तियों होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनुभव ही वास्तवता वा अर्थ वा विचार

AGREEMENT by HOSPITAL (FVHM 20 400)

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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

पञ्चीकृत्योऽपि विष्णुः संस्तुतिः

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

20/12/18

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Shib Sankar Bagchi
Director
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
यह व हा इन्स्टाट अफिशर अफिशरी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
मन्मथ ठाकुर 1

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी ट्रस्टी 2

2018