

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : K/12/8/2116

APPLICATION DATE : 20/10/12

NAME of APPLICANT : SABANA BEGUM

AGE-YEARS : 45

SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : AKBER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 51/H/3 NARUL DANDA NORTH ROAD,

KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : COOK.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs 21000/- = 25200/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : 5454 5454

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)Yes / No
हां / 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 के साथ सम्बन्ध
1.	SABANA BEGUM	45	F	SELF
2.	AKBER	55	M	HUSBAND
3.	MID NOORUDDIN	22	M	SON
4.	MIS SAIFUDDIN	18	M	SON
5.	NAZIYA KHATUN	16	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश्न के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	1. CATARACT - LE
2.	2. SURGERY - LE (Cataract)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करना)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाये तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- (2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सत्य माना है।
- (3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में भी नहीं, इस राशि का कोई भी भुगतान या अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त करूँगा जो इस सहायता के लिए माँगी गई है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/print/photocopy/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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रतिलिपि बनाने, प्रसारित करने के लिए किसी भी माध्यम, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने और/या उसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्णत्व के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- (2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता को जारी रखने से इनकार हो सकता है। सहायता का जारी रखना या न करना इस मामले में "कोशिका" द्वारा निर्धारित किया जाएगा और मेरी स्वीकृति आवश्यक है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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 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 हमारे संकेत की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सत्य मानते हैं।

- (1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं चाहते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हम यह स्वीकार करते हैं कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और हमारे रोगी/मरीजों के मामले में हमें कोई भी दोहरा सहायता नहीं लेनी चाहिए।

- (2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी या रोगी के मामले में कोई भी उपचार या उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या रोगी के मामले में रोगी के चिकित्सक और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा निर्धारित प्रस्ताव का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए सहायता के लेने के लिए हमें सहायता प्राप्त करने और उसे लेने की पूरी जिम्मेदारी रोगी या रोगी के मामले में "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षकों के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

20/12/18

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ मुहर

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के नाम, पद और अधिकृत अधिकारी के नाम के साथ मुहर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1 का हस्ताक्षर

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2 का हस्ताक्षर

[Signature]