

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/1218/2126

आवेदन क्रमांक :

APPLICATION DATE: 20/10/19

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: JOHARA BIBI

आवेदन का नाम

AGE-YEARS 68

वयस-वर्ष

SEX F

लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: MAWLA GAZI

पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

MAGURAJ, SAFIRABAD NORTH 24 PARGANAS, 743424, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. [Blank]

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

Yes / No

हां / नहीं

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)

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 आवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध
1.	JOHARA BIBI	68	F	SELF
2.	GULAF KHAN GAZI	45	M	SON
3.	MARTINA BEGUM	42	F	DAUGHTER
4.	MOMTAZ BEGUM	39	F	DAUGHTER
5.	MARIYA BEGUM	36	F	DAUGHTER
6.	HARINA BEGUM	30	F	DAUGHTER
7.	MOKHAM GAZI	30	M	HOUSBAND

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवश्यकता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एपीसी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कौन किसकी आवश्यकता है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यकता/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जो भी प्रमाणित सूची संलग्न
1.	Diagnosis - Cataract - RP
2.	Surgery - Re (Sectinol)

ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED जो भी सहायता मिलेगी

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

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-up/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 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 (अर्शक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे अधिकृत करने के लिए विज्ञापित और वितरित करने के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे इस का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए मुझे इसका अधिकार है। इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के लिए मैं "कोशिका" द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत और अधिकृत होता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

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 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.

इससे अधिकृत, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से निवृत्त होने का हमारा उद्देश्य है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से प्राप्त करने का अनुरोध करते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अनुरोध करते हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतः अस्वीकार की जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के लिए हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अनुरोध करते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्राप्त की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) द्वारा ही प्रदान करने का उत्तरदायित्व है। हमारे पास इस सहायता का उपयोग करने का पूर्ण अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के उपयोग के लिए हमें किसी भी प्रकार की ज़िम्मेदारी नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत करने के लिए प्रमाणित

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 20/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर के साथ छाप Shri Anjanjay Giri MBBS, MS 30578 Koshika Foundation	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पास इस सहायता अधिकृत अधिकारी Shib Sankar Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 [Signature]
---	---