

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0109/2315

APPLICATION DATE: 05-01-2019

NAME of APPLICANT: BAGRIDAN BIBI

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME: MD. SADISUE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

28/H/42 DR. M. K. CHATTERJEE SARANI
PADA BHAMAMAHAR SARANI KOLKATA 700009
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE.

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का सबब संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाली छोड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगायें)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.	BAGRIDAN BIBI	63	F	SELF
2.	ISHAK MOHAMMAD	36	M	HUSBAND
3.	SAIDA BEGUM	09	F	DAUGHTER
4.	AYSHA KHATUN	3.6	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशन के नीचे 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 सबब
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DEACROSSES - CATARACT - RP
2.	SURGERY - DE (STICS + LOG)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग किया है।
- (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस मदद के लिये अन्य प्रकार/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही मिलेगा और न ही बीमा में लूटूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" एम्बल्ड, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, उत्सवों से जुड़ी पत्रिकाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सामान्य से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा माग विवरण मेरी इलाज के लिये या मेरे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मदद की जायेगी।

(2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरी सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का हक्क नहीं मिलता। इस सहायता के लिये "कोशिका" एम्बल्ड, पत्रिकाओं का निर्माण अधिकृत और सामान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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 और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

(1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मा लेनी/पाने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित उम्मा के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पुरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अस्वीकार हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो हमसलत किसी अन्य स्रोत सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसलत सिर्फ पुरर उम्मा लेनी/पाने हेतु किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/पाने।

(2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान निम्न प्रकृति की है। ऐसी पर हमसलत द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का भुगतान लेनी एवं हमसलत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हमसलत में ऐसी से इलाज सुझा और मान्य करने की सही जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसलत की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

05.01.2019

Dr. Harinder Nag

MBBS, MS, (OPHTH)

(Name of Dr. & Place, Nil with Stamp)

हस्ताक्षर, नाम और स्थान के साथ निशान

Dr. Sankar Bagchi

Director

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर हमसलत 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