

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0119/2423	APPLICATION DATE: 10-01-2019	
NAME of APPLICANT: MD ALI	AGE-YEARS: 44	SEX: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE ADALAT		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 3/A CHUAL MATHUR ROAD, KATMAHAT, NORTH 24 PARGANAS 700058 WEST BENGAL		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE		

OCCUPATION: LABOURER	MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)
TOTAL ANNUAL INCOME: RS - 2200 x 12 = 26400/-	(Attach Proof of Income)
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):	
Yes / No	

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.	MD ALI	44	M	SELF
2.	MEHEKUNNESE	23	F	WIFE
3.	MD SAHID	12	M	SON
4.	SAHISI ALI	9	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:	
Medical Reports/Prescriptions Attached	
1. DIAGNOSIS - CATARACT - LE	
2. SURGERY - LE (STES + IOL)	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस "बे" साहाय्य प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पेश किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना साहाय्य हेतु यह प्रत्येक की गई है, उस प्रति का अधिक या कमत किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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/put-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 प्रकरण का अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्प, पत्र, चर, या अन्य किसी भी माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार साधन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पक्षों या पक्षों में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साहाय्य के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे प्राप्त; साहाय्य का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्प उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली 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 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, हस्ताक्षर की और से कार्यालय की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से लाभ न उल्लेख करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी भी बाहरी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी/पाने में लगे या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/वित्तीय सहाय्य के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पेश हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्य किसी अंतर्गत/सहाय्य हेतु पेश नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या बाहरी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल हितों पर उठा लेनी/पाने हेतु किसी भी बाहरी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी/पाने।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा दी गई सहाय्य या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में ऐसी के द्वारा सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई चुपचा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 10.01.2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व छाप हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION गैर-न्यायी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2