

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2651

APPLICATION DATE: 17/01/19

NAME of APPLICANT: SAIRA BEGUM

AGE-YEARS: 46

SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD. AKHTAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 5/9 NARKELDANGA MAIN ROAD, KOLKATA

700011, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AC ABOVE -

OCCUPATION: COOK

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 11000 x 12 = 132000/-

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

PAN No. 5555555555

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का छठ है (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)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 के साथ सम्बन्ध
1.	SAIRA BEGUM	46	F	SELF
2.	MD. SAHABUDDIN	67	M	HUSBAND
3.	MD. SALAUDDIN	29	M	SON
4.	MD. REBZ	20	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य समान प्रमाण प्रस्तुत नहीं है तो मेरी सहायता निरास हो या रद्द कर दी जाएगी।
- 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "कॉशिका फाउन्डेशन", से जहाँ मैं रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए करने जा रहा हूँ, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का आर्थिक या सफल विवरण किसी अन्य प्रोवेंडोर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या तो लिया है और या 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/print-up/republish 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 पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत कर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, उसे "कॉशिका" दूरदर्शन, पत्र, साप्ताहिक पत्रों उद्देश्य से चुनने की विधि/विधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत हैं। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मैंने या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कॉशिका" दूरदर्शन, पत्र, फोटो और विवरण को विवेक और सामान्यता से देखें।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) किये प्रस्ताव से नाम व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि मैं या मेरा अधिकृत या मेरी अधिकृत किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या से नहीं है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उस रोगी के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार/प्रकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी प्रकार उस रोगी/रोगी के सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और अपने जाने की सही विनियमों के लिए एवं हस्पताल को होने और "कॉशिका" को कोई चुपका या विनियमों इस मामले में नहीं होने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/04/19	Ananjoy Giri MD, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Sustained Education & Research Centre आपका नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) अपना व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
--	--