

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	140119/2667	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	19/1/19
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	ALEYA BIBI	AGE-YEARS मातृ-वर्ष	50
		SEX लिंग	F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम	SAMSER ALI MONDAL
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता	
PART NO-2 BOKTURI CHOWHATA NORTH 24 PARAGAN, WEST BENGAL	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता	
- AS ABOVE -	

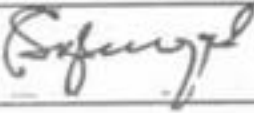
OCCUPATION : व्यवसाय	COOK	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	Rs 1200 x 12 = 14400/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थायी राजस्व संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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	ALEYA BIBI	50	F	SELF
2	SAMSER ALI MONDAL	58	M	HUSBAND
3	SATFUL ISLAM	30	M	SON
4	SAHARAH BIBI	27	F	DAUGHTER
5	SUMIARA BIBI	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नौपे 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 साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DEGENERATION - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं प्राप्त 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने के लिए गलत जानकारी दी गई हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस बात की घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह व्यय नहीं किया जा रहा है, उस व्यय का व्यय किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया जा रहा है और न ही भविष्य में ली जायेगी।	
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 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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एन.पी.ओ. द्वारा, कौन-कौन-से माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी उचित माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात की घोषणा करती हूँ कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जायेगा। इस संबंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. ट्रस्टी के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जायेगा। इस संबंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. ट्रस्टी के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक की 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. इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जब तक कि सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त नहीं की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने आपसे ही सहायता को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत होने वाली सहायता का चयन रोगी/रोगी के परिवार और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए रोगी के हस्तगत होने और सहायता के लिए रोगी के हस्तगत होने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/04/19	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. Anjanjay Giri MBBS, MS Senior Surgeon Sankar Bagchi Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) सचिव या पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी Sankar Bagchi Director Sankar Bagchi Centre	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 