

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				 Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0119/2841		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
				25/01/19	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		REJIYA BEBE HALDAR		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				54	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम					
IYAKUB HALDAR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता					
GAYEN PADA, CHUNPULI, DHOLAHAT SOUTH 22 PARGANAS, 743355, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
HOUSE WIFE					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
NIL					
PAN No. सवाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
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.	REJIYA BEBE HALDAR	54	F	SELF	
2.	IYAKUB HALDAR	61	M	HUSBAND	
3.	SABITA BEBE	32	F	DAUGHTER	
4.	SANTU MOHAMMAD HALDAR	25	M	SON	
5.	MADHURA BEBE	22	F	DAUGHTER	
6.	SABIR HALDAR	29	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नी 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 (STIC 3710L)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED वही गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक दूध कर)

- 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 पर कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दूध कर में सहायता के लिए "कॉशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, इस सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बतलाया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, इस सहायता का अंशिक या पूर्णतः निरास किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हो।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक दूध कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 दूध कर पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी स्वीकृति के द्वारा कह रहा हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दूध कर में प्रेषित हैं, इसे "कॉशिका" द्वारा या अन्य, व्यक्ति/संस्था द्वारा उद्देश्य के पूर्ण पूर्णतः पूर्ण और उद्देश्यपूर्ण रूप से करने के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग से प्रार्थना करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का निरास मेरी प्रार्थना के करने या कर के करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है। इस प्रकार सहायता का निरास नहीं किया जा सकता। इस प्रार्थना में "कॉशिका" द्वारा उद्देश्यपूर्ण रूप से प्रेषित जानकारी और जानकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दूध कर)**

- 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 ओर से हमारे-हमारे को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से कार्य कर प्रतीक्षा करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकेगी, जो हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अंशिक/पूर्ण रूप से प्रार्थना नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय अन्य भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दूध कर में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा निर्णय प्रार्थना संगठन हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना-लेना।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रार्थना की है। ऐसी या हस्पताल दूध कर में सहायता के दिने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे पूर्ण हस्पताल के चिकित्सक का निरास है और "कॉशिका फाउंडेशन" दूध कर किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में ऐसी या सहायता संगठन और अन्य जानकारी को सही दिक्कतों को पूर्ण हस्पताल को छोड़ें और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संकेत

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/04/19	Dr. Alakh Bagchi MBBS, MS, PhD (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Signature of Authorised Signatory) Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जब व जहाँ हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शेक दूध कर)

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