

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0219/2905 APPLICATION DATE: 01.02.2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ASMA BEGUM AGE-YEARS आयु-वर्ष 52 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAMSUR HASQUE
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
144, KALIGHAT ROAD, KOLKATA, 700026.
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता
- AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सक्षम संलग्न)

PAN No. स्थाई करदाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) 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.	ASMA BEGUM	52	F	SELF
2.	SAMSUR HASQUE	60	M	HUSBAND
3.	PUSPA SARKAR	48	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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.	DIAGNOSIS-CATARACT - RE
2.	SURGERY-RE CSICS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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 पत्र:

- 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 कर्ता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतः कल्पित अथवा धोखा वाला है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यथा "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पर्यक्त है।
- 3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भेजा जा रहा है, उस पर किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो शिफा है और न ही भविष्य में शिफा।

AGREEMENT by APPLICANT (सहस्रक हस्त 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी चाहति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में चोक्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायकता दूसी उद्देश्य से जुड़ी प्रतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इसका जो पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आलेखकों के सम्बन्ध में यह अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (बिनाम हस्त 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 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, इस्तफादी की ओर से मामले/दोषों को "कॉन्सिक्वा आउटस्टैंडिंग" से विविध सहायता हेतु सिकरिता की जाती है, जिसे हम (हमपाठ) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो वर्चस्व और न ही शक्ति में विविध सहायक किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य इकाई से उच्च टैरिफ/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिका फाउन्डेशन" से विजिलेंस/विपरीत उच्च के सम्बन्ध में "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विपरीत अधिकार/सहाय हेतु मरदुर नहीं किच जता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विपरीत मरद उच्च टैरिफ/मामले हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोरिका फाउन्डेशन" से तो यह सहायक केवल विपरीत प्रकृति की है। टैरिफ पर हममतल द्वारा ही यह सहायक या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का शुल्क टैरिफ एवं हममतल के बीच का विषय है और "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हममतल में टैरिफ के इलाक मुफ्त और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी टैरिफ एवं हममतल की होती और "कोरिका" की कोई भीमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संज्ञाति

Date of Surgery अंगरेजी की तारीख 01.02.2019	 Dr. S. Shanker Nag (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम एवं पंजीकृत संख्या	 Shri Shankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

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