

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0219/2919
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 02.02.2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SALAMA BEGUM
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 54
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JAFAR HOSSAIN
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवस्थाय पता

160, CH ROY ROAD, TILAJA, KOLKATA 700033
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवस्थाय पता

- ABOVE -

OCCUPATION: COOK
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 12000/2 = 14400/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाख है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

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 सम्बंध
1	SALAMA BEGUM	54	F	SELF
2	JAFAR HOSSAIN	51	M	SON
3	SIMA KHATOON	28	F	DAUGHTER
4	PARVEZ HOSSAIN	24	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का, जोड़े 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- LE
2.	Surgery- L (Sicetinal)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये 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: आवेदनक द्वाए घोषणा पर:

- 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 कड़ाई से कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं: यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर गंभीरतापूर्वक कह रहा हूँ कि यदि मुझे कश्मिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल इस प्रारूप में उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।
- 3) मैं यहाँ पर कड़ाई से कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या इस प्रारूप की राशि से, इस उद्देश्य के लिए या अन्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तब से सहायता ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (सहस्रक रूप करण)

- 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/post-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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में केविल है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायकता दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपदेवक की हड्डीदार या अंगुठी का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्तिना गृह काल)

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.

हमने अधिकतर भारतीयों की ओर से मामले/लेवी को "कोशिका फाइनेंसिंग" से वित्तिय सहायता होना सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित सहायता किसी और सरकारों संस्थापन या किसी अन्य उद्देश्य से उक्त ऐंग्रेज/फ्रान्से में लेगे या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरिस्ट/विक्टर उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा नगर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/सहायता हेतु पत्रा नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारों संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय नगर उक्त ऐंग्रेज/फ्रान्से हेतु किसी और सरकारों संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से नही लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विहित प्रकृति की है। ऐंग्रेज पर हमसाल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐंग्रेज एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नही है। इसलिये हमसाल में ऐंग्रेज को इलाज मुरादा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंग्रेज एवं हमसाल की होगी और "कोशिका" को कोई भीमका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02.02.2019	Dr. Asmita Ray MBBS, MS, FACS Reg. No. 18851-MC (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) सुस्रुत आँख फाउंडेशन प्रा. लि.	Sanjib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) सुस्रुत आँख फाउंडेशन प्रा. लि. नाम व पद इसमजल अधिभूत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तेफार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तेफार 2
	